Rok XLII. Kraków 21 Lutego 1903. Nr. 8.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z kliniki chirurgicznej c. k. Radcy Dworu Profesora Dra Rydygiera we Lwowie.

O torbielach wychodzących z trzustki i jej okolicy.

(Podług wykładu na XII Zjeździe chirurgów polskich w Krakowie).

Podał

Dr. Stanisław Jasiński,
elew kliniki

Choroby trzustki bez wątpienia należą jeszcze do schorzeń, które dotychczas nastręczają niemałe trudności rozpoznawcze. Zdarza się, że w wielu przypadkach dopiero przy autopsyi rozpoznajemy zajęcie trzustki, którego za życia chorego nawet się nie domyślaliśmy. Mamy bo też nie małe trudności do zwalczenia. Głębokie i zakryte położenie trzustki sprawia, że nasze sposoby rozpoznawcze, głównie obmacywanie i opukiwanie, nie zawsze wystarczają; nadto nieraz, nawet przy bardzo rozległem schorzeniu tego narządu, nie spostrzegamy objawów wynikających z braku soku trzustkowego, pokrytych zupełnie zastępczem działaniem innych gruczołów; wreszcie rozpoznanie utrudnia ta okoliczność, że samoistne i pierwotne choroby, występujące w trzustce stosunkowo wydarzają się rzadko.

W jednej jednak sprawie chorobowej, t. j. w torbielach trzustki, tak rozpoznanie, jako też i chirurgiczne ich leczenie, w ostatnich latach znacznie naprzód postąpiły.

A odkąd przekonano się o możliwości skutecznego leczenia chirurgicznego, pomnożyły się znacznie doniesienia kazuistyczne o tej chorobie, którą do niedawna uważano jako rzadkość niemożliwą do rozpoznawania.

Z ostatnich lat mamy liczne przypadki, w których, na podstawie charakterystycznych objawów cierpienie wcześnie rozpoznano, a przedsięwzięta operacya nie była próbną laparatomią z powodu nieoznaczonego *„tumor in abdomine“*, lecz była zabiegiem świadomym celu dążącym do uleczenia rozpoznanego cierpienia.

Podczas gdy w r. 1878 Friedreich w monografii swej „O chorobach trzustki“, a Boldt w r. 1882, mówią, że rozpoznanie tu nadzwyczaj trudne, a możebne leczenie jest tylko objawowo — dyetetycznem, to już w tym samym roku, t. j. 1882, Gussenbauer pierwszy przed operacyą rozpoznał to cierpienie i ze ściśle opracowanym planem przystąpił do zabiegu operacyjnego. O tyle był pierwszym, bo zresztą już przed nim leczono tę chorobę operacyjnie, ale zawsze na podstawie fałszywego rozpoznania, — jak n. p. Le Dentu, Thiersch, Rokitański, Kulenkampf, Bozemann i inni.

Od tego czasu kazuistyka z roku na rok się wzbogaca tak, że Körte*) w r. 1898 przytacza z piśmiennictwa 121 przypadków operowanych, a z tych 10, które zakończyły się śmiercią w związku z operacyą.

W każdym razie jednak torbiele trzustki są jeszcze dosyć rzadkiemi cierpieniami, a doświadczenie nasze jeszcze zupełnie wystarczającem nie jest.

Z tego powodu Körte w monografii swej „O chorobach trzustki“ zachęca do ogłaszania wszystkich przypadków torbieli trzustki dla zwiększenia statystyki i wyjaśnienia niektórych dotychczas może nie całkiem jasnych zapatrywań.

Tymi względami powodowany, ogłaszam nasz przypadek, rozpoznany przed operacyą i operowany przez Prof. Rydygiera, któremu przy tej sposobności szczere składam podziękowanie za zachętę i pomoc przy opracowaniu opisu tego przypadku, oraz za odstąpienie materyału.

Z dostępnego mi piśmiennictwa mogę wynotować następujące zapiski o torbielach trzustki, nie ogłoszone w dziele Körtego.

* Körte: Die chirurgischen Krankheiten und die Verletzungen des Pancreas. (Deutsche Chirurgie. Lief. 45 D. 1898).

L. p.	Operator	Płeć R.	Etyologia	Objawy ogólne i miejscowe	Rozpoznanie	Operacya	Zejście	UWAGI.
1	Mikulicz (*Dr. Takoyasu:* Beitrag zur Chir. des Pancreas. Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medizin u. Chirurgie. III. Bd 1 Hft 1898).	Mężcz. 44 l.		Początek nagły, omdlenie, nudności. Często powtarzające się napadowe bole kurczowe. Guz spostrzegł chory na 4 tygodnie przed przyjęciem do kliniki. W nadbrzuszu guz zbitości elastycznej, o wyraźnem chełbotaniu. Udzielone tętnienie	torbiel trzustki	1895. Cięcie w linii białej. Torbiel między żołądkiem a wątrobą. Nakłócie, wszycie ścian torbiela w powłoki.	Wyleczenie w 2 lata po zeszyciu za gojono, a chory nie skarży się na żadne dolegliwości	W ścianach torbiela miąższ trzustki
2	Mikulicz tamże	M. 33		Od pięciu dni bole w krzyżach i lewej części jamy brzusznej. Na lewo od pępka guz półkulisty, dość twardy, sięgający do łuka i do talerza biodrowego, na 3 palce poniżej pępka. Nad guzem jelito (okrężnica po wydęciu). Wypuk nad nim zmienia się przy zmianie położenia.	—	Nacięcie. Sączkowanie. Laparotomia. (1896). Torbiel pozaotrzewnowy w lewem podbrzuszu, w głębi zrośnięty z naczyniami. Częściowe wycięcie. Wszycie ściany	Wyleczenie z przetoką.	W ścianie torbiela: tkanka łączna szkliście zwyrodniała; tu i ówdzie małe torbiele, i prawidłowy miąższ trzustki

L. p.	Operator	Płeć R.	Etyologia	Objawy ogólne i miejscowe	Rozpoznanie	Operacya	Zejście	UWAGI
3.	Henle 1895. (tamże).	M. 42 l.	Uraz (upadek). Złamanie 7. 11. 12. żebra prawego	W 5 tygodni po urazie w prawej części lędźwiowej guz o wyraźnem chełbotaniu. Nakłócie wykazuje płyn zielonawo zabarw. bez kwasu moczowego, o dużej ilości białka.	—	W 2 m. po urazie. Cięcie lędźwiowe jak do nefrektomii. Poniżej prawej nerki torbiel wielkości głowy dziecka, zawierający brunatnoczerwoną ciecz. Nacięcie. Wszycie ściany w powłoki brz.	wyleczenie	Guz nie stał w związku ani z nerką, ani wątrobą
4.	Mikulicz (tamże) 1898.	Kob. 39		Od dawna bóle napadowe, podobne do kamicy nerkowej. Z początkiem r. 1898 w nadbrzuszu po stronie lewej guz wielkości głowy dziecka, elastyczny, nieruchomy o wypuku stłumionym. Wydęty żołądek znajduje się nad guzem.	torbiel trzustki	Laparatomia. Nacięcie przez sieć małą (Tylna ściana żołądka zrośnięta z guzem, na przestrzeni 2 cm. rozdarta; zeszycie). Wszycie ściany w powłoki.	stan dobry do 6 dnia po oper.	W płynie wszystkie fermenty trzustki.
5.	Kusmin 1897. (tamże i ref. w Centralbl. f. Chir. 1897 Nr. 34).	M. 25	uraz.	Guz torbielowy w jamie brzusznej.	—	Laparatomia. Nakłócie. Wszycie a później w parę dni nacięcie.	wyleczenie	Torbiel miąższowy.
6.	Schwarz 1885. (tamże).	M. 32			torbiel otrzewnowy lub nerki	Próbne nakłócie. Laparatomia w smudze białej. Nakłócie. Nacięcie. Wszycie. Sączkowanie.	zapalenie otrzewnej. Śmierć	Nabłoniak torbielowaty trzustki (sekcya).
7.	S. Ogata i K. Ogata. (tamże).	M 46	alkoholizm	Przed 4 laty nagłe bóle w nadbrzuszu. Przed rokiem moczenie krwawe. Guz w nadbrzuszu. W lewem podżebrzu guz nerkowaty. Nakłócie próbne. W moczu nitkowiec (*filaria*).	torbiel trzustki	Laparatomia. Cięcie w linii sutkowej lewej. Liczne zrosty. Wszycie jednoczasowe w ranę powłok brzusznych.	wyleczenie w 11 tygodniach	
8.	Penrose 1897. (tamże).	Kob. 33		Napadowe omdlenie. Wypuklenie w dolnej części brzucha.	torbiel jajnika	Laparatomia, nacięcie, jednoczasowe, wszycie.	wyleczenie	
9.	S. i K. Ogata. (tamże).	M. 44		Od $1^1/_2$ r. napadowe bóle w podbrzuszu, w okolicy lędźwiowej. Rozwolnienie. Wypuklenie w górnej części brzucha. Próbne nakłócie.	torbiel trzustki	2 palce na prawo od linii środkowej. Torbiel zrośnięty z żołądkiem. Jednoczesne wszycie.	wyleczenie	
10.	Keen. (tamże).	Kob. 15		Od 4 lat obrzmienie w lewem podbrzuszu. Niestrawność. Cała lewa połowa brzucha zajęta przez guz.	—	Cięcie na zewn. brzegu m. prostego. Żołądek i okrężnica leżą na guzie. Jednoczasowe wszycie.	wyleczenie	Płyn jałowy, zawiera fermenty trzustki.
11.	Zoege v. Manteuffel. *A. Brackel*. (D. Zeitschr. f. Chir XLIX. p. 293).	Kob. 34		Od $2^1/_3$ bóle w nadbrzuszu na lewo między linią środk. ciała a łukiem żebr. Przed $1^1/_2$ r. guz wielk. gęsiego jaja. Przed 3 m. silne bóle napadowe wymioty itd. W lew. śródbrzuszu i podżebrze guz nieco ruchomy, elastyczny, wielk. głowy dorósł. człow.	torbiel trzustki lub puchlina nerkowa	Cięcie lędźwiowe przedłużono poprzecz. do pępka pionowo ku mostkowi. Torbiel wychodzący z ogona trzustki Podwiązanie szypuły i wyłuszczenie po wypuszczeniu $5^1/_2$ litrów cieczy jasnej, ciągnącej się.	wyleczenie	Badanie mikroskopowe: gruczolakowy, bujający trzustki.
12.	Payr. (Wiener Klin. Woch. 1898 Nr 26).	Kob. 19	Uraz w górną część brzucha podczas jazdy na kole.	W 2 m. po urazie uczucie gniecenia, bóle (kolki) wymioty. W 2 tyg. między wyrost. mieczyk. a pępkiem guz wielk. jabłka, szybko się powiększający. W ciągu 4 m. kilkakrotne znikanie guza, a wówczas rozwolnienie (białawe strzępy w stolcu). Wychudnienie: próbne nakłócie	torbiel trzustki	Torbiel między żołądkiem a wątrobą, silnie zrośnięty z tylną ścianą brzuszną. Nacięcie, jednoczasowe wszycie.	wyleczenie (po 5. tyg. przetoka 4 cm. długa).	W płynie ciemno brunatnym, o oddz. alkal. wyraźna reakcya cukru; ferment dyastatyczny.
13.	Albert. (*Keitler*: Wiener. med. Woch. 1899 Nr. 29).	Kob. 34		Od 8 lat bóle w okolicy żołądka. W tej okolicy guz (od 2 lat) wielkości głowy dziecka, chełboczący, bardzo ruchomy. Po wydęciu żołądek na guzie.	torbiel trzustki lub torbiel krezki	Laparatomia: torbiel w okolicy oddźwiernika, wychodzący z ogona trzustki: Trzustka sama torbielowato zwyrodniała. Całkowite wyłuszczenie guza. (dość łatwe). Zaszycie rany.	wyleczenie	
14.	M. Dezman Ref. w Centr. f. Chir. 1900. str. 456.	12 m.	Uraz w nadbrzusze. Omdlenie, wymioty krwawe, bóle i wzdęcie brzucha	Laparatomia. Wypuszczenie 7 litrów płynu krwawego; blizna na przedniej ścianie żołądka W $1^1/_2$ miesiąca nad pępkiem guz gładki, kulisty, chełboczący. Nad guzem żołądek poniżej poprzecznica.	torbiel trzustki	Laparatomia; nakłócie, wszycie ścian torbiela w powłoki brzuszne; nacięcie.	wyleczenie	Płyn alkaliczny zawiera ferment dyastatyczny i emulgujący tłuszcze i białko.
15.	Zeller. Ref. w Centr. f. Chir. 1900. str. 583.	16 m.		Torbiel powyżej i na lewo od pępka.	torbiel trzustki	Wypuszczenie płynu zapomocą nakłócia. W 10 tyg. nawrót. Laparatomia. Wyłuszczenie.	wyleczenie	Torbiel między blaszkami krezki okrężnicowej. Okrężnica nad torbielem
16.	Delagénière Ref. w Centr. f. Chir 1900. str. 903.	35 m.		—	torbiel trzustki	Nakłócie. Sączkowanie.	wyleczenie	
17.	W. J. Lissjański. Ref. w Centr. f. Chir. 1900. str. 1283	11 m.	Uraz. Kopnięcie konia w prawą połowę brzucha.	W 2 tygodnie w tej okolicy guz.	torbiel krwotoczny trzustki	Laparatomia. Oddźwiernik i dwunastnica na guzie. Wszycie w powłoki.	wyleczenie	

L. p.	Operator	Płeć R.	Etyologia	Ojawy ogólne i miejscowe	Rozpoznanie	Operacya	Zejście	UWAGI
18.	Richardson. *R. H. Fitz.* (Multilocular cystoma of the pancreas Ref w Centr f. Chir. 1900. str 1284.	M. 36 l.		Bóle tępe w okolicy lędźw, lewej rozprzestrzeniające się ku kręgosłupowi. Odbijania, nudności, wymioty rzadko, zaparcie stolca: uczucie ciężenia. W 3 m. guz w lewem podbrzuszu i nadbrzuszu okrągły, elastyczny, chełboczący.	torbiel trzustki	Laparatomia, nakłócie, wyłuszczenie.	wyleczenie z przetoką	Torbielak bujający. Tkanki trzustki nie wykazano.
19.	Bessel-Hagen. 1900. (Verhandl. der deutsch. Ges. f Chir. 1900. str. 681.	M. 31		Objawy zapal. otrzewnej. Wychudnięcie. W okolicy nadbrzusza guz silnie napięty, bardzo bolesny, szybko rosnący, sięgał na dół do pępka, ku górze, chował się pod łuk żebrowy.	torbiel trzustki	Laparatomia. Torbiel ze wszystkich stron przykryty i zrośnięty z żołądkiem. Nacięcie ścian żołądka i torbiela, lecz torbiel leżał na lewo poza tętnicą i żyłą żołądkosieciową i nie można go było przybliżyć do rany w powłokach. Częściowe wycięcie torbiela, wszycie jego w ranę powłok brz.	wyleczenie w dwa miesiące	
20.	J. Israel. (Deutsch. med. Woch. 1900. Nr 22. str. 353)	M. 51		Ogromne wychudnienie. Długoletnie od 14 lat zaburzenia w przewodzie pokarmowym. W nadbrzuszu guz wielkości głowy, przykryty żołądkiem i poprzecznicą.	torbiel trzustki	Laparatomia. Torbiel zrośnięty z tylną ścianą żołądka i okrężnicą. Zaszycie rany. W 12 dni nakłócie przez powłoki i żołądek do torbiela i wypuszczenie płynu.	wyleczenie	
21.	J. Israel. tamże.	Kob. 39		Bóle głowy, wymioty, bóle napadowe w okolicy żołądka, trwają oddawna. Przy badaniu w położeniu grzbietowem guz napięty, pod łukiem żebrowym, bardzo ruchomy, i zmieniający położenie swe przy innem ułożeniu chorego.	torbiel trzustki	Laparatomia. Torbiel na lewo i zewn. wielkiej krzywizny żołądka. Oddzielenie na tępo okrywającej sieci żołądka i wyłuszczenie guza.	wyleczenie	W czasie operacyi stwierdzono: torbiel ruchomej trzustki. Mikroskop: w worku torbiela resztki tkanki gruczołowej trzustki. W płynie fermenty: dyastatyczny i emulgowania tłuszczów.
22	J. Israel. tamże.	Kob. 35		W przerwach 5-6tygodni występ dreszczy, gorączka, bóle napadowe w okolicy żołądka i po obu str. kręgosłupa, trwające kilka dni, poczem przerwa. W lewem podbrzuszu guz o napiętej, gładkiej powierzchni, nie chełboczący, nie stojący w związku ani ze śledzioną ani z nerką, ruchomy przy oddechaniu.	torbiel trzustki	Laparatomia. Zrosty z poprzecznicą. Nacięcie. Wszycie ścian torbiela z raną powłok.	wyleczenie	Płyn brunatny, gęsty, nie zawiera żadnego fermentu.
23.	J. Israel. tamże.	Kob 23		Od pięciu lat od czasu do czasu krwawe żołądkowe wymioty. Od 1/2 r. stałe uczucie ucisku w nadbrzuszu, ból w okolicy kręgosłupa i wymioty. W nadbrzuszu na lewo, guz kulisty, przy oddechaniu ruchomy.	torbiel trzustki	Laparatomia. Dwuczasowe nacięcie i wszycie ścian z raną powłok brzusznych.	wyleczenie	Płyn brunatny czarny a w nim ferment dyastatyczny.
24.	Hahn. (1899). *Seefisch.* Deutsche Zeitschr. f. Chir. 1901 59 Bd. str. 152.	M. 40		Od miesiąca przypadłości żołądkowe: uczucie ucisku w okolicy żołądka. W nadbrzuszu guz wielk. głowy dziecka, przy oddechaniu porusza się; nie stoi w związku z wątrobą, śledzioną ani nerką; nad guzem żołądek i poprzecznica.	torbiel trzustki	Po powrocie do domu z jazdy konnej nagłe osłabienie, silne bóle brzucha i gwałtowna biegunka. Na drugi dzień nigdzie guza wyczuć nie można a chory zdrów. (Samoistne wyleczenie).	—	
25.	detto	M. 12	Przejechanie, stłuczenie klatki piers. krwot. do klat pierś. stłucz nerek.	W 6 tygodni po urazie wypuklenie w nadbrzuszu, pluskanie; przy głębokiem macaniu chełbotanie; udzielone tętnienie.	torbiel trzustki urazowy (*Pseudocyste*).	Laparatomia. Otwarcie torbiela i wszycie ścian w ranę powłok brzusznych.	wyleczenie	Płyn wodojasny, a w nim wszystkie 3 fermenty trzustki.
26	V. Subbotič. D. Zeitschr f. Chir. 1901. Bd. 59. str. 197.	Kob. 27	Stłuczenie w okolicy lewego łuka żebrowego.	W krótce po stłuczeniu zauważyła guz. W 2 lata w lewem podbrzuszu guz wielkości głowy dziecka, o powierzchni gładkiej, o wypuku stłumionym, nieco ruchomy, okazujący chełbotanie. Żołądek i poprzecznica leża przed guzem.	torbiel trzustki (*haemorrhagica*).	Laparatomia. Nakłócie, nacięcie i wszycie.	śmierć z zapal. otrzewnej	Sekeya: *pancreatitis chron. indur.* W głowie trzustki 2 torbiele wielkość jaja gołębiego, o cieczy gęstej, śluzowej, torbiel duży między ogonem trzustki a żołądkiem, za pomocą 2 przetok drożnych w związku z ogonem trzustki.
27.	Helferich. *Greisch.* Ref. w Centr. f. Chir. str. 343. — 1901.	Kob. 46		Żółtaczka; guz woreczka żółciowego (*ectasio*).		Laparatomia: torbiel głowy trzustki, który uciskał na przewód żółciowy. Nacięcie, wszycie.	wyleczenie	
28.	G. Barling. (Ref. w Centr. f Chir. 1901. str. 391.	—		Objawy kamicy żółciowej. Operacya; kamyków nie znaleziono. Saczkowanie woreczka żółciowego. W krótkim czasie potem w górnej części brzucha guz.	—	Laparatomia; torbiel trzustki, nacięcie, wszycie i saczkowanie.	wyleczenie	
29.	Schucchardt. *J. Sturck.* Beitr. zur klin. Chir. 1901 Nr 29 str. 713.	Kob. 47		Od roku bóle w okolicy żołądka. W nadbrzuszu guz wielkości pięści, chełboczący, przy silniejszym ucisku znika a w jakiś czas pojawia się na nowo	Guz zaotrzewnowy	Laparatomia. Wyłuszczenie. Tamponada.	wyleczenie	Mikroskop: torbiel bujający trzustki.

L. p.	Operator	Płeć R.	Etyologia	Objawy ogólne i miejscowe	Rozpoznanie	Operacya	Zejście	UWAGI
30.	Schucchardt. *J. Starek* Beitr zur klin Chir 1901. Nr. 29. str. 713.	Kob. 29		Od 5 lat guz poniżej pępka. Od 5 dni objawy zapalenia otrzewnej. W okolicy pępka guz torbielowaty, kulisty.	torbielak jajnika	Laparatomia. Torbiel trzustki zrośnięty z żołądkiem i poprzecznicą. Wyłuszczenie torbiela resekcya żołądka i okrężnicy.	zapalenie otrzewnej	Mikroskopem wykazano: pierwotny mięsak trzustki.
31.	Jaboulay. Ref. Centr. f. Chir. 1902. Nr. 1.	Kob. 16		—	torbiel trzustki	Wyłuszczenie? (nie podano).	wyleczenie	W płynie wszystkie własności soku trzustkowego. Mikroskop. Komórki przybłonkowe rozmaitego kształtu, między niemi liczne wybroczyny. Guz torbielowaty przybłonkowego pochodzenia.
32	Pels-Leysden. Ref. Centr. f. Chir 1902. Nr. 15.	Kob.		Żółtaczka Guz z objawami ucisku na żołądek i wątrobę. Duszność. Nadto gruźlica płuc.	torbiel trzustki	Laparatomia. Nacięcie, wszycie w powłoki. Polepszenie Ale wnet powstał nowy torbiel w worku sieciowym. Nacięcie, wszycie.	—	Sekcya: *tuberculosis pulmonum. Peritonitis univers. adhaesiva. Pancreatitis chron. fibrosa. Gangraena pancreatis.* Torbiel wychodził z głowy trzustki.

Nadto Robson w wykładzie „O chirurgii trzustki“, podczas XIII Zjazdu lekarskiego w Paryżu (1900) wspomina, że 5 razy operował torbiel trzustki a to: 4 wycięcia, z tego 3 z wyleczeniem, raz ze śmiertelnym wynikiem a raz wyłuszczenie z wyleczeniem. Wliczając do tego nasz przypadek, mamy 38 przypadków ogłoszone po wyjściu dzieła Körtego.

(C. d. n.).

II. Z kliniki dermatologicznej Prof. Reissa w Krakowie.

Przyczynek do niezwykłego umiejscowienia strupnia woszczynowatego *(favus)*.

Podał

Dr. J. T. Lenartowicz.

W chorobach skórnych pasorzytniczych, których istotną przyczynę chorobową stanowią pasorzyty zwierzęce lub roślinne, niepoślednie miejsce zajmuje strupień woszczynowaty *(favus)*, tak z powodu swego długiego przebiegu, częstokroć trwającego całe lata, jakoteż i dla trudności leczenia, oraz wyjątkowego, zbaczającego od zwykłego typu umiejscowienia. W tym ostatnim właśnie kierunku w ostatnich latach napotykamy dość liczne opisy kazuistyczne, które rzucają na tę chorobę nowe światło i znacznie rozszerzają dawne na nią poglądy.

Nim jednak przejdę do spostrzeżeń nowszych, bardziej szczegółowych i raczej wyjątkowych, niż ogólnych, pozwolę sobie przytoczyć choć w krótkości charakterystyczne cechy, właściwe tej chorobie, aby następnie tem wyraziściej uwydatnić to, co od typu ogólnego w niej zbacza i co nas uprawnia pomimo zatartego obrazu choroby do twierdzenia, że mamy do czynienia z strupniem woszczynowatym.

Od czasu Schönleina, który w roku 1839 wykazał w tarczkach woszczynowych *(scutula favosa)* obecność pasorzyta z rodzaju grzybów i nazwał go *achorion,* nikt nie wątpi, że tam, gdzie w zmianie chorobowej znajdujemy tego pasorzyta, tam rozpoznanie strupnia woszczynowatego nie może ulegać najmniejszej wątpliwości. Obecność zatem tego pasorzyta byłaby główną i niezbitą cechą, od której dotąd przynajmniej niema wyjątku, a wszelkie cechy dawniej uważane za pierwszorzędne i główne, dziś już mogą mieć tylko drugorzędne znaczenie. Ze przyczyną chorobową strupnia woszczynowatego jest grzyb, odkryty przez Schönleina, dowiedli tego liczni badacze, dowiódł tego szeregiem doświadczeń Gruby, który pasorzyta tego pierwszy dokładnie opisał i znacznie rozszerzył spostrzeżenia odkrywcy. Do tego samego wyniku doszli i inni badacze, że wymienię tylko nazwiska takie, jak: Král, Pick, Besnier, Bennet, Bazin, Sabrazes, Constantin, Remak, Unna, Neebe i inni.

Badacze ci zajmowali się po części stroną praktyczną i doświadczalną tego przedmiotu, przeprowadzając dowody, popierające słuszność twierdzenia Schönleina przez przeszczepianie wspomnianego grzyba na ludzi i zwierzęta (Král i Pick), po części zaś badali samego pasorzyta, wyróżniając jego dość liczne gatunki (Unna, Neebe, Sabrazes, Constantin), lub wreszcie, jak Král i Pick, starali się założyć jego czyste hodowle. I można słusznie powiedzieć, że dziś już posiadamy aż nadto obszerne wiadomości o pasorzycie, odkrytym przez Schönleina: są one dla celów praktycznych zbyteczne może, lecz ze względów naukowych niezmiernie ciekawe, bo zmierzają do rozklasyfikowania licznych jego gatunków i do wykazania, że pewne cechy chorobowe wywołuje tylko pewien gatunek pasorzyta, a inne, nieco odmienne, inny jego gatunek. I tak Král rozróżnia trzy jego odmiany, inni, jak Unna i Neebe — aż dziewięć. Prace te jednak i doświadczenia, choć zbyt daleko idące, rozświetliły znacznie zakres wiadomości naszych o sposobie szerzenia się tej choroby. I tak Bodin [1]), w monografii swej o strupniu woszczynowatym, przyjmuje trojakie źródło rozszerzania się tej choroby, a mianowicie: 1) z ludzi na ludzi (najczęstsze); 2) ze zwierząt na ludzi (mniej częste) i wreszcie 3) drogą saprofitów (najrzadziej).

Co do pierwszego źródła, to zauważyć należy, że przeniesienie choroby może być bezpośrednie, wprost z człowieka chorego na zdrowego, pozostającego w stałej styczności z chorym na strupień woszczynowaty, albo drogą pośrednią, przez używanie przedmiotów, którymi posługiwał się chory, a więc przez używanie wspólnych grzebieni, szczotek do włosów, nakryć głowy itp. Czynnikiem usposabiającym w wyższym stopniu jest jakakolwiek, choćby najdrobniejsza ranka na skórze, przez którą zakażenie najłatwiej przychodzi do skutku. Wspomnieć przytem należy, że pewne osobniki okazują jakąś szczególniejszą, jakby wrodzoną odporność tak, że mimo najjawniejszego i trwałego narażania się nie ulegają zarażeniu. Sabouraud wspomina o przypadku, w którym kobieta, żyjąca z mężem, dotkniętym strupniem woszczynowatym, od lat 14-tu, mimo tak łatwej sposobności zarażenia się, pozostała zawsze wolną od tej choroby. Bijącym w oczy

[1]) Bodin: Favus. La Pratique dermatologique, 1901. Tome II.

jest również fakt małej stosunkowo zaraźliwości pasorzytem Schönleina przy tak obfitej ilości pasorzytów, jakie w nieprzeliczonej mnogości napotykamy na skórze n. p. głowy w zwykłych przypadkach strupnia woszczynowatego. Bodin n. p. przyjmuje, że według jego statystyki jedno dziecko w szkole zakaża najwyżej 4 do 5 ciu. Ztąd też wyłania się przypuszczenie, że prócz warunków bezpośredniego, czy pośredniego przeniesienia grzyba, muszą być jeszcze jakieś szczególniejsze usposobienia skóry samej, a te niektórzy chcą upatrywać w jej mniej lub więcej dla rozwoju *achorion* odpowiednim składzie wydzielin.

Mniej częstem źródłem zarażenia się, jak już zaznaczyliśmy wyżej, są zwierzęta. I tu doświadczenia drogą przeszczepiania i dokładne spostrzeżenia wykazały, że chorobie tej ulegać mogą zwierzęta takie, jak pies, kot, królik, mysz, szczur i kura Od zwierząt tych, choć stosunkowo rzadko, zarazić się może człowiek. Ta jednak droga mniej jest częsta, a to z tej przyczyny, że gatunki grzyba tych zwierząt różnią się niektóremi cechami i wymaganiami biologicznemi i do rozwoju swego potrzebują pewnego określonego gatunku zwierzęcia. Bodin n. p., opierając się na wykazach statystycznych innych badaczy, utrzymuje, że na 100 przypadków strupnia woszczynowatego zaledwie w 1 lub 2 można dojść do pewności zarażenia się od zwierzęcia, a i w tym razie niewiadomo dokładnie, czy zwierzę nie zaraziło się naprzód zarazkiem swoistym od człowieka, a później dopiero przeniosło chorobę na drugie indywiduum. Tu naturalnie mogłoby rzecz rozstrzygać tylko umiejętne badanie drobnowidowe z uwzględnieniem najdokładniejszem różnych odmian wspomnianego pasorzyta. Według Sabrazesa grzyb, wywołujący strupień woszczynowaty u kury *(epidermophyton gallinae)* wybitnie ma się różnić od gatunku opisanego przez Schönleina, a udzielającego się, jak wiadomo, człowiekowi.

Trzeciem najmniej pewnem źródłem zakażenia są saprofity *(origine saprophytique* Bodina), a do tego sposobu zarażeń odnieść należy wszystkie te przypadki, w których najdokładniejsze wywiady nie pozwalają wykazać dwu wyżej wymienionych źródeł Teoretycznie rzecz biorąc, zarażenie tą drogą jest możliwe, bo jeśli pasorzyt chorobotwórczy żyje na ludziach i zwierzętach, a przytem szybko się rozmnaża, nie jest wykluczoną możliwość istnienia jego w postaci zarodników *(gonidia)* i poza ustrojem, w stanie wolnym, na razie utajonym Ztad drogą prostego przeniesienia mógłby się dostać na odpowiednie podłoże i dalej się rozwijać i bujać Ale to są na razie tylko hipotezy, bo pozaustrojowego życia *achoriona* Schönleina dotąd nie znamy. Hipotezy te jednak zaspokajają na razie ciekawość naszą na punkcie etyologii w przypadkach niejasnych i skłaniają tylko do dalszych badań i poszukiwań Ze względu na etyologię nadmienić również należy o pewnym stopniu skłonności, o czynnikach usposabiających do zarażenia. O jednym najmniej stanowczym, o pewnym specyalnym składzie wydzielin skóry, nadmieniliśmy wyżej, wyrażając przypuszczenie, iż możliwem jest tego rodzaju osobnicze usposobienie do strupnia woszczynowatego.

Pozostają do wymienienia jeszcze dwa czynniki, nierównie pewniejsze i ogólnie znane, a tymi są: wiek i warunki higieniczne skóry. Wiek odgrywa w tym względzie ważną rolę tak, że postawiono nawet dość ścisłą granicę, przyjmując wiek między 5 a 14 rokiem życia za najwięcej usposobiony do pojawiania się strupnia woszczynowatego, a niektórzy twierdzą, że ilekroć ma się sposobność widzieć strupień w latach późnych, należy uważać zarażenie za datujące się z dawnych lat, co przy długiem trwaniu choroby dziwić nie powinno.

Że od tej ogólnej reguły mogą zachodzić wyjątki, każdy zrozumie; ale wyjątki uważać zawsze należy za niezwykłe i rzadkie. I tak Widal widział strupień woszczynowaty u 6-tygodniowego dziecka, a Leloir u 83-letniego starca

Higiena skóry, jak we wszystkich chorobach skórnych tak i tu odgrywa ważną rolę. Na strupień woszczynowaty zapadają zatem nierównie częściej ludzie, pozostający w złych warunkach higienicznych i nie mogący dbać o czystość skóry, odzieży, aniżeli ci, którzy przestrzegają zasad higieny skóry, używają częstych kąpieli i żyją wogóle w lepszych warunkach. W Paryżu na przykład, w szpitalu św. Ludwika, na 100 przypadków chorób skórnych przypada 8—10 przypadków strupnia woszczynowatego, podczas gdy w szpitalu w Rennes, gdzie zgłasza się ludność przedmieść i wsi podmiejskich, na 100 trafia się 50 i 65 przypadków strupnia woszczynowatego. U nas nierównie częściej napotykamy strupień woszczynowaty u ludności żydowskiej, niż u chrześcian, co znowu pozostaje w związku z zaniedbaną pieczą o czystość skóry u żydów. W Bośnii strupień woszczynowaty panuje prawie nagminnie (Glück). W Rumunii jest wprost klęską ubogiej ludności (Petrini de Galatz).

Tyle co do etyologii. A teraz chciałbym przypomnieć choćby pokrótce główne charakterystyczne cechy rozpoznawcze tej choroby. Wiadomo, że strupień woszczynowaty najczęściej, ale nie z reguły, występuje na owłosionej skórze głowy. Okres początkowy bez pomocy drobnowidu trudny do rozpoznania; niezmiernie rzadko dostaje się lekarzowi pod rękę już z tego powodu, że małe sprawia dolegliwości i niczem tak nie objawia się na zewnątrz, żeby chorzy zmuszeni byli szukać porady lekarskiej. Lekkie co najwyżej swędzenie, miejscowe zaczerwienienie skóry, i jeśli choroba odrazu zajęła większą przestrzeń, tu i ówdzie łatwe wychodzenie włosów. Jak widzimy, objawy nieznaczne, a jeśli dodamy do tego, że choroba ta nagabuje przeważnie osobniki warstw niższych o zaniedbanej higienie skóry, że najczęściej zajmuje część owłosioną skóry czaszki, gdzie zmiany te z natury rzeczy trudniej są dostrzegalne, nie zdziwi nas, że okres ten widzieć się daje stosunkowo tak rzadko. Zdarza się to chyba w klinikach, lub specyalnych oddziałach szpitalnych, gdzie chorzy codziennie od stóp do głowy ściśle są badani. W tym wczesnym naturalnie okresie rozpoznanie jest trudne, a chyba gruntowne zebranie wywiadów, wykazujące styczność z osobą, dotkniętą strupniem woszczynowatym, może naprowadzić na myśl trafną i prawdziwą. Zwłaszcza trudnem jest rozpoznanie w tych przypadkach, gdzie zmiany wystepują w postaci pęcherzyków, usadowionych dość gęsto obok siebie i tworzą razem koła, lub mniejwięcej zupełne ich odcinki. Nieznaczne przytem łuszczenie, tak częste na skórze głowy, w łączności z powyżej przytoczonemi zmianami może stanowić dość znaczne trudności rozpoznawcze. Wtedy lekarz może myśleć raczej o włosozroście niszczącym *(trichophyton tonsurans)*, niż o strupieniu

woszczynowatym. Rozstrzyga mikroskop. Już w tym bowiem okresie wykryć można z łatwością charakterystyczne dla strupnia woszczynowatego grzybnie i zarodniki. I ten właśnie okres, tak rzadko niestety spostrzegany, bardzo często poprzedza wybitne zmiany późniejsze, tak dalece, że niektórzy uważają je prawie za regułę, a Köbner nazwał je okresem liszajowym *(Herpetisches Vorstadium)*. Można je też niejednokrotnie widzieć i później w połączeniu ze zmianami dalej posuniętemi. Ale najczęściej zgłaszają się pacyenci już później, w pełnym rozkwicie tej choroby, lub miejscowymi objawami jej skutków (wyłysienie), jakby z gotowem rozpoznaniem. I wtedy w przypadkach typowych naturalnie widzimy obraz następujący: Włosy miejscami utraciły swój połysk naturalny, są ćme, jakby przypruszone pyłem, za pociągnięciem wychodzą łatwo i przeświecają tu i ówdzie wyłysieniem. Na szczycie głowy, na kościach ciemieniowych, rzadziej na potylicy, widzimy charakterystyczne tarczki woszczynowate *(scutula)* w postaci strupków wielkości i kształtu soczewicy, odosobnione lub zlane, a wtedy większe, jeśli są świeże, barwy siarczano-żółtej, gdy zaś dłużej trwały, barwy brudno-żółtej z odcieniem ciemniejszem, a gdy zmiany opisane zajmą znaczne przestrzenie i trwają długo, powstaje miejscowa bliznowata łysina i charakterystyczny, przez niektórych autorów często podnoszony, zapach mysi. Ze zmian tych najcharakterystyczniejsze i najwyraźniej za strupniem woszczynowatym przemawiające są naturalnie wspomniane dopiero tarczki. Dawniej przypisywano im niezmiernie ważne w rozpoznaniu znaczenie i póki nie znano pasorzyta, głównie na nich opierano rozpoznanie. Wszystko, co nie okazywało charakterystycznych tarczek woszczynowatych, to nie było strupniem. Dziś, jak zobaczymy niżej, jest to cecha wprawdzie niezmiernie ważna, ale nie nieodzowna.

Tarczka taka jest okrągła, lekko półkolisto wyniosła, w środku przebita włosem i na szczycie okazuje nieznaczne zagłębienie. Uwolniona w obwodzie od podstawy, daje się łatwo wzdłuż włosa ściągnąć, a wtedy widzimy w jej miejscu lekkie zagłębienie barwy czerwonej o charakterze bliznowatym. Badana drobnowidowo na przekroju pionowym okazuje pewne uwarstwienie tak, że na powierzchni wolnej, zwróconej ku zewnątrz, możemy dostrzedz warstwę zrogowaciałego przyskórka, tuż pod nią warstwę dość jednolitą nieco ziarnistą (prawdopodobnie powstałą z rozpadłych komórek warstw głębszych), a niżej całe mnóstwo zarodników i grzybni pasorzyta Schönleina. Grzybnie te w postaci nitek długich, członowanych stanowią niejako główną treść całej tarczki, a w ułożeniu ich często widzieć można pewien system tak, że osi długie nitek przebiegają mniejwięcej równolegle, zdążając ku środkowemu punktowi tarczki. Prócz tego widzieć można i nitki, przebiegające w rozmaitych kierunkach.

Budowa mikroskopowa tarczek woszczynowatych wyjaśnia nam dobrze ich makroskopowe wejrzenie. Powiedzieliśmy, że tarczka trzyma się dosyć mocno swej podstawy, że dopiero uwolniona w obwodzie daje się łatwo zesunąć wzdłuż włosa. Przyczyną tego jest ten fakt, że grzyb rozwija się między warstwą zrogowaciałego przyskórka, a warstwą głębszą *(stratum lucidum)* i rozrasta pod osłoną tego przyskórka, niszczy komórki *stratum lucidum*, a dopiero gdy przyskórek nie wytrzymuje naporu od wewnątrz, pęka i wtedy całe masy grzybni i zarodników leżą na powierzchni, niczem nie osłonięte. Zagłębienie na szczycie tarczy tłómaczy się tem, że pasorzyt sięga głęboko i niszczy warstwy głębsze. Zniszczeniu więc wewnątrz tkanek odpowiada lekka wklęsłość na powierzchni. Tarczka jest przebita w samym środku włosem. I tu wytłómaczenie jasne. Pasorzyt przedewszystkiem usadawia się w torebkach włosowych, a ztąd dopiero rozrasta się, dążąc z jednej strony ku obwodowi do koła włosa, z drugiej zaś nadziewa poprostu włos sam. Tem rozluźnieniem poszczególnych warstw włosa, rozdzieleniem ich, tłómaczy się właśnie ta ćma barwa, jakby przyprószonych zmienionych chorobowo włosów.

I tu ważna jest różnica mikroskopowa i makroskopowa w wejrzeniu włosów, zajętych strupniem woszczynowatym, a tych, które schorzały skutkiem liszaja wyłysiającego. Podczas gdy *achorion* skutkiem zajęcia włosa wzdłuż nie osłabia go tak, by się stał łamliwym i kruchym, włosozrost niszczący *(trichophyton tonsurans)* zajmuje włos głównie wszerz i staje się powodem jego nadmiernej kruchości. Włosy zatem w strupniu woszczynowatym, jakkolwiek są chorobowo zmienione i tkwią słabo w skórze, nie są nigdy połamane i kruche.

Łatwość wychodzenia włosów za pociągnięciem tłómaczy się z jednej strony rozpulchnieniem cebulek włosowych, powstałem skutkiem zadrażnienia i przekrwienia, a dalej gorszymi warunkami odżywienia skutkiem ucisku, jaki wywierać muszą wprost mechanicznie całe masy grzybni i zarodników.

To byłyby główne cechy i ich wytłómaczenie w przypadkach typowych. (Dokończenie nastąpi)

III. Oceny i sprawozdania.

W sprawie opieki nad umysłowo chorymi.

I.

Z powodu odbycia się XXXIII-go Zjazdu południowo-zachodnich psychiatrów niemieckich w r. 1902 w Stuttgarcie, miejscowa gazeta lekarska, „Medicinisches Correspondenz-Blatt“, wydała specyalny numer, poświęcony wyłącznie przedstawieniu dziejów i stanu obecnego — opieki nad umysłowo chorymi w Wirtembergii[1]). Ze względu na aktualność tej sprawy i u nas nie będzie może rzeczą zbyteczną, gdy streszczę pokrótce ważniejsze fakty, zawarte w tej publikacyi.

Pierwszy publiczny Zakład dla obłąkanych w Wirtembergii powstał w Ludwigsburgu w roku 1749, na mocy rozporządzenia księcia Karola, wydanego w r. 1746. Rozporządzenie to opiera na dwóch względach potrzebę założenia rządowego zakładu dla umysłowo chorych: 1) na zapewnieniu publicznego bezpieczeństwa i ulżenia rodzinom i gminom, na których dotąd spoczywał ciężar opieki nad umysłowo chorymi, — tudzież 2) ze względu na dobro samych pacyentów, którzy lepszej mogą doznawać opieki w zakładach, wyłącznie na ten cel przeznaczonych, aniżeli w domach prywatnych. Ten pierwszy zakład dla obłąkanych, nazwany urzędowo domem waryatów, nie otrzymał odrazu charakteru samoistnego zakładu lekarskiego. Przydzielony został zarządowi miejscowego więzienia, domu pracy i domu sierot. Te ostatnie instytucye miały zaspakajać wszelkie gospodarskie potrzeby zakładu. Do dozorowania nad chorymi powoływani byli więźniowie z domu karnego. Kierownik zakładu obowiązany był znosić się we wszystkich sprawach,

[1]) Medicinisches Correspondenz-Blatt des Württenbergischen ärztlichen Landesvereines Bd. LXXII. Nr. 44.

dotyczących pacyentów, z okolicznym proboszczem i fizykiem. Zakład podlegał nadzorowi specyalnej komisyi w Stuttgarcie, złożonej, jak się zdaje, z wyższych urzędników. Podania o przyjęcie do zakładu musiały być wnoszone na ręce panującego, a przekazywane były do opinii wspomnianej komisyi. Ta zaś zbierała informacye o pacyencie u władz rządowych i duchownych, tudzież u fizyka — tej okolicy, z której pacyent pochodził. Co się tyczy postępowania z chorymi, to pomoc lekarska miała miejsce tylko w przypadkach schorzeń cielesnych; a — jako środek przeciw chorobie umysłowej — nakazano z góry codzienne odbywanie z pacyentami modlitwy. Odosobnianie i wszelkiego rodzaju środki przymusowe były stosowane w mierze nieograniczonej. Zbytnio też się dziwić nie należy, że zakład dla obłąkanych zyskał sobie wśród ludności opinię przybytku grozy, i że niewielką liczbą chorych, bo przeciętnie około 15 rocznie, wykazać się był w stanie.

W roku 1811-tym na mocy rozporządzenia króla Fryderyka zakład dla obłąkanych został przeniesiony z Ludwigsburga do Zwiefalten, gdzie na ten cel przeznaczono dawny gmach poklasztorny. Z biegiem czasu zakład dla umysłowo chorych staje się coraz samoistniejszą instytucyą lekarską. Przez to przeniesienie usunięta została łączność zakładu z domem karnym. Do doglądania chorych zaprzestano używać więźniów. Dopuszczono znaczny wpływ lekarski. Plany przebudowy gmachu poklasztornego na zakład dla obłąkanych ułożone zostały pod okiem nadwornego lekarza. Ustanowiony został w zakładzie stały tak zw. chirurg, a sam zakład poddany został nadzorowi lekarza specyalnego, który atoli nie był ograniczony w swej działalności li tylko do zakładu, gdyż zajmował się także praktyką lekarską w okolicy. Zakład urządzony został tak, aby mógł służyć celom leczniczym, miał obszerne przestrzenie do spacerów na świeżem powietrzu, posiadał urządzenia kąpielowe, łaźnie itd. Zarząd zakładu pozostał jednak jeszcze nie w rękach lekarskich. Dopiero w roku 1838 dyrektorem zakładu mianowany został lekarz, a w 1844 dozór nad zakładem poddany został istniejącej już od pewnego czasu przy ministerstwie komisyi zawodowo-sanitarnej. Zakład ten rozwijał się stale i był parokrotnie powiększany tak, że obecnie liczy do 550 łóżek. Powiększanie zakładu w Zwiefalten nie zdołało zaspokoić ciągle wzrastającej liczby zapotrzebowań. To też sfery rządzące uczuły się zniewolone do wybudowania nowego zakładu, który też został otwarty w r. 1834 w Winnenthalu, w gmachu zamku, należącego niegdyś do jednego z zakonów. Zakład ten uważany jest przez wirtemberskie sfery psychiatryczne za pierwszy wirtemberski psychiatryczny zakład leczniczy; — wyżej bowiem przedstawiony zakład w Zwiefalten uważany był, szczególniej w pierwszej połowie jego istnienia, za zakład opieki *(Pflegeanstalt)*, a nie za zakład leczniczy *(Heilanstalt)*. Dyrektorem zakładu w Winnenthal mianowany został od początku lekarz, tudzież dozór nad zakładem powierzony został specyalnej komisyi lekarskiej, złożonej z wyższych urzędników lekarskich państwa. Tej to komisyi, jak wspomnieliśmy, powierzony został następnie dozór także i nad zakładem w Zwiefalten. Podania o przyjęcie do zakładu wnoszone być musiały do tej komisyi, w nagłych atoli przypadkach załatwiane być mogły li tylko przez dyrektora zakładu. — Zakład, urządzony według pierwszorzędnych ówczesnych wzorów, rozwijał się znakomicie przez przeciąg lat kilkunastu i zyskał opinię jednego z pierwszych zakładów w Niemczech. Z latami ulegał przebudowom i powiększeniu tak, że z pierwotnej liczby 200 łóżek doszedł w roku 1900-tym — ponad liczbę 340. Atoli liczba zgłoszeń wzrastała w daleko szybszem tempie. To też już w kilkanaście lat po otwarciu zakładu w Winnenthal uczuwać się dotkliwie dawało przepełnienie tak w tym zakładzie, jak i w zakładzie w Zwiefalten. Przepełnienie to, a co zatem idzie i utrudnienie prawidłowej czynności zakładu, rosło z roku na rok. Atoli obecnie sfery rządzące nie okazały się dbałemi o sprawę opieki nad umysłowo chorymi. Zamiast przystąpić do budowania nowych zakładów, albo do powiększenia na większą skalę zakładów istniejących i wprowadzenia w nich odpowiednich reform, — wzięto się na sposób taki, że zaczęto zawierać umowy z zakładami prywatnymi, które za pewną dopłatą od rządu zgodziły się na przyjmowanie chorych z zakładów państwowych. Doszło do tego, że w roku 1892-gim liczba chorych, umieszczonych za dopłatą od rządu w zakładach prywatnych przewyższyła liczbę chorych, będących w obu zakładach państwowych. Stan ten oczywiście musiał wreszcie być uznany za niemożliwy. To też sfery rządowe zdecydowały się nareszcie na urządzenie nowego (trzeciego) państwowego zakładu dla obłąkanych, który też na 300 łóżek otwarty został w r. 1875 w Schussenried i również w zabudowaniu poklasztornem. Powstanie tego zakładu usunęło na pewien czas przepełnienie w istniejących zakładach państwowych i w ten sposób umożebniło zaprowadzenie wszelkiego rodzaju ulepszeń i rozszerzeń. Również i sam nowy zakład po kilku latach został powiększony, w roku 1893 założoną została przy nim kolonia gospodarczo-rolnicza, pierwsza przy państwowych zakładach w Wirttembergii. Atoli z wybudowaniem zakładu w Schussenried nie o wiele zmniejszyła się liczba chorych, umieszczonych za dopłatą rządową w zakładach prywatnych. Ażeby temu radykalnie zaradzić, zdecydowano się wybudować nowy zakład w Weissenau na 500 łóżek, który też w r. 1892 został otwarty. I tym razem obrócono na ten cel dawny klasztor. Równocześnie, ulegając względom na wymagania nauki uniwersyteckiej, wybudowano w roku 1893 przy uniwersytecie w Tybindze klinikę psychiatryczną na 120 łożek. Powstanie tych dwóch zakładów radykalnie wpłynęło na usunięcie przez dłuższy czas przepełnienia w zakładach dla obłąkanych. Obecnie w zakładach państwowych znajduje się 1820 łóżek, oczywiście zajętych. Znaczny ruch powstały w ostatniem dziesięcioleciu ubiegłego stulecia w publicystyce, skierowany przeciwko zakładom dla obłąkanych, — miał ten wynik dodatni, że usposobił przychylnie sfery rządzące pod względem łożenia na potrzeby zakładów i bliższego zaopiekowania się nimi. To też we wszystkich zakładach zaprowadzone zostały urządzenia, odpowiadające obecnym wymaganiom, jak kolonie gospodarcze, urządzenia kąpielowe itd. Sprawy zakładów psychiatrycznych oddane zostały do referatu specyalnie wykwalifikowanemu psychiatrze; w ministerstwie omawiane bywają sprawy z zakresu praktycznego na zebraniach dyrektorów wszystkich zakładów. Wreszcie przy miejskim szpitalu w Stuttgarcie powstał oddział dla umysłowo chorych, tudzież przystąpiono do budowy 6-go państwowego zakładu dla obłąkanych. Zakład ten, obliczony na 500 łóżek, jest budowany według systemu pawilonowego w pobliżu Weinsbergu. Koszta budowy obliczone na 3 miliony marek.

Tak przedstawia się stan opieki państwowej nad umysłowo chorymi w królestwie Wirtemberskiem. Poza tem istnieje kilka zakładów prywatnych, większe w Göppingen, Rottweil, Pfullingen, i kilka mniejszych, — tudzież kilka prowadzonych głównie przez instytucye religijno-dobroczynne, zakładów dla epileptyków i idyotów. Państwowa opieka nad tymi chorymi w Wirttembergii dotąd nie istnieje, — a w związku niemieckim została zapoczątkowana dopiero przez rząd pruski w roku 1891.

II.

Z historyi opieki nad umysłowo-chorymi w państwie Wirtemberskiem zasługują na podkreślenie przedewszystkiem dwa rysy: Pierwszy — to stopniowe dążenie rządu do zamieniania dawnych zamków, klasztorów i t. p. już gotowych zabudowań na zakłady dla umysłowo-chorych, przez co bywają zaoszczędzone znaczne sumy. Jeżeli przyjmiemy pod uwagę, że wydatki na zakłady dla obłąkanych w przeważnej części nie bywają zwrócone społeczeństwu, gdyż przebywający w tych zakładach, — to jednostki po większej części stracone bezpowrotnie dla społeczeństwa, — przyznać na-

leży rządowi słuszność, że dąży do zmniejszenia sobie kosztów opieki nad umysłowo chorymi, — a to tembardziej, że system ten pozwala rządom tem więcej ulepszyć samą opiekę nad obłąkanymi.

Drugi rys charakterystyczny, jaki wynika z dziejów wirtemberskich zakładów dla umysłowo chorych, — to zakładanie większej liczby zakładów mniejszych. Jest to poczęści umożebnione wspomnianem urządzaniem zakładów dla umysłowo chorych w gotowych już zabudowaniach. Innym względem, który w tym kierunku był miarodajnym, było usiłowanie, aby zakłady znajdowały się we wszystkich częściach kraju, co stanowi pewne ułatwienie dla miejscowej ludności. Nie da się jednak zaprzeczyć, że w obecnych czasach łatwego połączenia kolejowego wzgląd ostatni traci na swej doniosłości. A nadto w razie budowania zakładów większych, koszta budowy są stosunkowo znacznie niższe, jak również .i koszta utrzymania zakładów, aniżeli to ma miejsce w razie budowania większej liczby zakładów mniejszych.

W dziejach rozwoju wirtemberskich zakładów dla obłąkanych widzimy dalej ten sam fakt niezwykle wzrastającej potrzeby budowania nowych zakładów, jaki spotykamy obecnie we wszystkich krajach. Istniejące zakłady wszędzie są przepełnione i niemal nadążyć nie można z budowaniem nowych, aby zapobiedz krzyczącemu przepełnieniu. Nie od rzeczy będzie, jeśli przytoczę tu wyniki obrad nad sposobem zapobieżenia przepełnieniu w zakładach dla obłąkanych, jakie miały miejsce przed kilkunastu laty na zebraniu związku niemieckich psychiatrów w Monachium [2]). Podniesiono tam, że przedewszystkiem należy usuwać z zakładów dla obłąkanych chorych nieuleczalnych, spokojnych, w równej mierze nieuleczalnych i cieleśnie, np. porażonych w dalszych okresach choroby. Chorzy ci powinni być umieszczeni bądź to w szpitalach ogólnych, bądź też w specyalnych zakładach dla nieuleczalnych. Podobnież powinni być usuwani z zakładów dla obłąkanych — padaczkowi, idyoci, umysłowo chorzy przestępcy i włóczęgi, tudzież alkoholicy. Dla chorych każdej z tych kategoryj należy budować odrębne zakłady. Opiekę nad padaczkowymi i idyotami, będącą głównie w rękach prywatnych, powinny podjąć nareszcie państwa i budować odrębne zakłady dla chorych tej kategoryi. Zakłady dla przestępców chorych umysłowo mogłyby być budowane przy gmachach więziennych. Zakłady dla chorych umysłowo włóczęgów mogłyby powstawać przy domach poprawy. Alkoholików należy umieszczać bądź w zakładach specyalnych, bądź w zakładach dla nerwowo-chorych.

Trzecia reforma, którą zebranie monachijskie uznało za ze wszech miar pożądaną dla sprawy opieki nad umysłowo-chorymi, — to zakładanie kolonij gospodarczych. O doniosłości jej — rzecz zbyteczna rozwodzić się. Jeszcze w roku 1867 pisał Dr. Koster w czasopiśmie „Der Irrenfreund“ [3]), że myśl zakładania kolonij jak najlepiej przyjmuje się i okazuje w praktyce jak najlepsze wyniki. To tylko wypada zaznaczyć, że potrzebie zdaje się więcej odpowiadać zakładanie kolonij tuż przy zakładach, — a to głównie ze względu na to, że wielu pracujących w koloniach w razie pogorszenia się ich stanu chorobowego potrzebuje opieki ściśle zakładowej. Do kolonij nadają się: 1) chorzy, będący na wyleczeniu, dla wypróbowania, czy mogą sami sobie w życiu dać radę, boć w koloniach tych mają dużo samodzielności; 2) umysłowo chorzy nieuleczalnie — a zdrowi cieleśnie — w celu możliwego uchronienia ich od dalszego zaniku, jaki łatwiej występuje w zakładzie zamkniętym.

Dodać trzeba, że jak to zauważa w rozprawie swej Dr. Voppel [4]), do kolonialnych zajęć w polu nadają się głównie pacyenci-wieśniacy, którzy mają zamiłowanie do robót rolnych. Podobnież Dr. Voppel w pracy tej wskazuje na potrzebę odłączenia padaczkowych od reszty chorych, a to głównie ze względu na wrażenie, jakie na otoczenie wywierają napady padaczki.

Na omawianem zebraniu psychiatrów w Monachium zwracano jeszcze uwagę na dwa sposoby ulżenia przepełnionym zakładom publicznym dla obłąkanych, tak zw. opiekę rodzinną *(Familienpflege)*, tudzież na popieranie zakładów prywatnych. Co do umieszczenia spokojnych nieuleczalnych pacyentów przy rodzinach, to są pod tym względem dwa sposoby: powierzanie pacyentów ich własnym rodzinom i umieszczanie ich przy rodzinach obcych. Przeciwko oddawaniu pacyentów spokojnych do dalszej pielęgnacyi ich własnym rodzinom nie da się wiele powiedzieć, pod warunkiem, że chorzy ci poddani zostaną w dalszym ciągu dozorowi lekarskiemu. W Badenie np. według słów Dra Schulego, fizycy zostali zobowiązani do pieczy nad takimi chorymi i do interweniowania w razie pogorszenia stanu pacyentów. Ten dozór ma dawać zadawalniające wyniki. Inaczej nieco rzecz się ma z umieszczeniem chorych przy rodzinach obcych. Przeciwko tej formie pielęgnacyi podniesiono na omawianym Zjeździe w Monachium nader poważne zarzuty. Ze względu na ważność sprawy przytoczę w przekładzie odnośne ustępy sprawozdania z obrad nad tym przedmiotem [5]). „Dr. Koster (dyrektor zakładu w Marsberg) czyni uwagę, że próby, jakie robiono z tą formą pielęgnowania, przyniosły wyniki opłakane. Umieszczono przy rodzinach wieśniaczych w otoczeniu zakładu chorych spokojnych, a za opiekę nad nimi płacono znaczne kwoty. Wszyscy — zmarnieli: jeden jeszcze jest przy życiu, ale jest zupełnie wyniszczony...

Dr Gudden podnosi, iż każdy dyrektor zakładu stwierdza, że większość chorych, którzy niedostatecznie wyleczeni musieli być wypuszczeni z zakładu, poza zakładem ginie szybko. Mowca zebrał najsmutniejsze pod tym względem doświadczenie. Pouczanie rodzin, jak się mają obchodzić z pacyentami, nie odnosi wielkich wyników. Opieka zakładowa jest najlepszą, a nawet daje chorym więcej swobody, aniżeli pielęgnowanie ich w rodzinach. Tego samego zdania jest inny mowca, — Dr. Binswanger“.

Co się tyczy usunięcia przepełnienia w publicznych zakładach dla obłąkanych — przez popieranie zakładów prywatnych, — myśl tę podniósł na omawianem zebraniu redaktor czasopisma „Allg. Zeitschrift für Psychiatrie“, Dr Laehr. Na jednem z posiedzeń berlińskiego Stowarzyszenia psychiatrycznego myśl swą szeroko wyłożył [6]).

Zakłady prywatne mogą przyjmować pacyentów zamożniejszych. Zakłady te bywają i taniej budowane i taniej administrowane, aniżeli publiczne, a nawet mogą być administrowane lepiej, gdyż w nich bywa łatwiejszy dobór personalu. Władze sanitarne powinny mieć dozór nad tymi zakładami, co zapobiegałoby możliwym nadużyciom. Za pewną dopłatą od rządu mogłyby zakłady prywatne przyjmować także i chorych niezamożnych, których państwowe zakłady pomieścić nie są w stanie. Myśl ta, jak widzieliśmy z przedstawienia dziejów opieki nad obłąkanymi w Wirtembergii, była tam stosowana w nader wielkim zakresie, a przecież sfery miarodajne przyszły do przekonania, że opieki nad umysłowo-chorymi państwo nie powinno wypuszczać ze swoich rąk.

Na zakończenie wspomnieć pragnę o sprawie dość żywotnej, jaką stanowi tak zw. system pawilonowy w budowaniu zakładu dla obłąkanych. Że system ten ostatnimi czasy znajduje tu i owdzie gorętszych zwolenników, będzie przeto może właściwem, gdy przytoczę w przekładzie uwagi, jakie przed kilkunastu laty, przy sposobności budowania przez miasto Berlin zakładu dla obłąkanych, były wypowiedziane ze strony zawodowej [7]). Miasto Berlin wybudowało przedtem szpital systemem pawilonowym. Doświadczenie, na-

[2]) Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie u. psych.-gerichtl Medicin. 33 Bd. 1 Heft. Pag. 43–52.

[3]) Der Irrenfreund 1867. Nr. 9. Pag. 133.

[4]) Allg. Zeitsch. f. Psych. Bd. 29. Pag. 270–315.

[5]) Allg. Zeitsch. f. Psych. Bd. 33. Heft I. Pag. 43–52.

[6]) Zeitschr. f. Psych. Bd. 33. Heft. III. Pag. 347.

[7]) Zeitsch. f. Psych. Bd. 33. Heft. I. Pag. 105.

byte w tym szpitalu, dało ważny materyał do oceny systemu pawilonowego.

„Nadzieje korzyści, przywiązywane do pawilonowego systemu w naszym szpitalu, jak to właśnie niedawno w sposób najwięcej przekonywujący wykazał na posiedzeniu berlińskiej Rady miejskiej radca sanitarny Dr. Cohn, — w zupełności nie ziściły się. Z drugiej strony zbytecznem jest chyba podnosić, jak niezwykle wzrosły koszta budowy tego szpitala właśnie wskutek systemu pawilonowego. Niemniej również nie potrzeba chyba szczegółowego dowodzenia, że koszta utrzymania szpitala, złożonego z całego szeregu pojedynczych i stosunkowo niewielkich budynków, muszą być znacznie większe, aniżeli koszta utrzymania szpitala, znachodzącego się w jednem wielkiem zabudowaniu. Do tego dołącza się nadto ta okoliczność, że dozór i zarządzanie są wysoce utrudnione tam, gdzie się ma do czynienia z wielu zabudowaniami, składającemi się na szpital. Atoli system pawilonowy przy szpitalach daje jedną niezwykle doniosłą korzyść, a mianowicie daje na przypadek epidemii na jednym z oddziałów możność łatwego odosobniania innych oddziałów szpitalnych. Do zakładu dla obłąkanych atoli korzyść ta nie odnosi się. Jednem z najgłówniejszych zadań w tych zakładach jest jak najściślejsze dozorowanie i obserwacya chorych, — a właśnie system pawilonowy zakładu wysoce to utrudnia i wymaga stosunkowo jeszcze więcej złożonego zarządu administracyjnego, tudzież jeszcze liczniejszego personalu do obsługi i dozorowania, aniżeli to ma miejsce w szpitalach tegoż (pawilonowego) systemu. Przytem nie podobna zresztą dopatrzeć jakiegokolwiek zasługującego na uwagę uzasadnienia wartości i korzyści systemu pawilonowego dla zakładów dla obłąkanych“.

Rozumie się, że nie należy pojmować zbyt jednostronnie występowania przeciwko zasadzie stawiania większej liczby budynków. Tak np., jeżeli w danym zakładzie dla obłąkanych znachodzić się mają także chorzy, kwalifikujący się do odrębnych zakładów, jak np. padaczkowi, idyoci itp., — byłoby niezawodnie wskazanem umieszczanie takich chorych w zabudowaniach oddzielnych. Podobnież oddzielny budynek powinien być przeznaczony dla tych umysłowo-chorych, którzy równocześnie cierpią na jakąś zaraźliwą chorobę cielesną np. gruźlicę, dur itp.

Dr. med. i fil. P. Pręgowski (Heidelberg).

Dr. W. Prausnitz — (Grac). **Physiologische und sozialhygienische Studien über Säuglings-Ernährung und Säuglings-Sterblichkeit.** (München 1902. J. F. Lehmans Verlag).

Autor, jako profesor higieny i kierownik zakładu dla badań środków spożywczych, podjął się rozwiązania tak ważnej kwestyi, jaką niewątpliwie jest docieczenie przyczyn znacznej chorobliwości i śmiertelności w pierwszym roku życia. A przyznać trzeba, że rzecz dobrze zapoczątkowana, bardzo dobre i na znacznym materyale statystycznym oparta dała wyniki. Przedewszystkiem na trojgu własnych dzieci, karmionych sztucznie, starał się autor wywnioskować ilość i objętość pokarmu, potrzebnego dla osesków w warunkach fizyologicznych i doszedł do przekonania, że ilość przyjmowanego przez oseska pokarmu nie powinna ulegać tak skrupulatnej kontroli, gdyż ustrój sam reguluje ilość pokarmu, potrzebnego do odżywienia, a ewentualnie nadwyżka sprowadza t. zw. fizyologiczne rozdęcie, które następnie ulega wyrównaniu. Przytem autor zbija zapatrywanie Pfaundlera co do pojemności żołądka, jako błędne, gdyż badanie jego przeprowadzone zostało na trupach; z tych doświadczeń też nie można wyciągać tak daleko idących wniosków co do ilości podawanego pokarmu, jak to uczynił Pfaundler. Następnie zwalcza Pr. zapatrywanie Heubnera, który oblicza ilość pokarmu, odpowiedniego dla danego oseska, według ilości kaloryj, zawartych w tymże pokarmie. Obecnie jednak, zdaniem autora, nawet w przybliżeniu podać nie można, czy osesek, w wieku tygodni *a*, o ciężarze ciała *b*, potrzebuje pokarmu w objętości *c*, o iloczynie energii *d*, tak, iż teorya ta utrzymać się nie może na obecnych słabych jeszcze podstawach.

Nader zajmującym jest rozdział następny, w którym autor podaje wahania w składzie prawidłowego i fałszowanego mleka krowiego, a mając sposobność badania mleka, pochodzącego z rozmaitych źródeł, ostrzega przed zwykłem szematyzowaniem pokarmu, przeznaczonego dla osesków. Mleko bowiem, otrzymywane z różnych źródeł, najrozmaitszy okazuje skład, a przytem najczęściej ulega fałszowaniu.

W ostatnim wreszcie rozdziale przedstawia autor na podstawie dat statystycznych, zebranych z większych miast, (Grac, Berno, Brunszwik, Solnogród i Tryest), o ile stan majątkowy rodziców może wpłynąć na zmniejszenie lub zwiększenie odsetka śmiertelności w pierwszym roku życia. I tu uwzględnia zarówno położenie majątkowe, jak i sposób żywienia, stan mieszkania, sposób zaopatrywania w wodę i t. d., a wynikiem tych badań jest ścisły związek, wykazany przez autora, między ubóstwem a wysoką śmiertelnością osesków z powodu chorób żołądkowo-jelitowych; źródła zaś tego objawu nie należy szukać w wynikach badań chemiczno-bakteryologicznych, lecz raczej zwrócić uwagę na wyżej wymienione przyczyny.

Streszczając to wszystko, śmiało powiedzieć można, że omówione dziełko wraz z dokładnemi tabelami, wzbogaciło w znacznym stopniu literaturę pedyatryczną, a tem większa należy się wdzięczność autorowi, że jako higienista podjął się mozolnego zadania i z podziwienia godną wytrwałością i z nadzwyczajną ścisłością badania swe przeprowadził. Przytem podnieść należy, że rzecz jasno przedstawiona i styl przejrzysty, a życzyćby należało, ażeby to cenne dziełko znalazło rozpowszechnienie w świecie lekarskim.

Dr. Jan Landau.

IV. Wyciągi.

Wachholz: **O nowej próbie płucnej.** (*Münchener med. Wochenschr.* Nr. 39. 1902). Z początkiem r. z. podał Dr. Placzek z Berlina nową próbę płucną, polegającą na różnicy ciśnienia manometrycznego w klatce piersiowej noworodków, których płuca oddechały lub nie oddechały. (p. ref. w „Przegl. lek.“ Nr. 12. 1902).

Doświadczenia Wachholza, dokonane w tutejszym zakładzie sądowo-lekarskim przy pomocy trójgrańca, poleconego przez Placzka, wykazały przedewszystkiem, iż wykonanie nowej próby płucnej wymaga większego nakładu dokładności i czasu, niż to ma miejsce przy wykonywaniu próby hidrostatycznej, a to z następujących powodów: Przy wkłówaniu trójgrańca w przestwór międzyżebrowy może trójgraniec skaleczyć płuco, co pociąga za sobą fałszywy wynik próby. Jeśli ma się do czynienia z zwłokami płodu niedonoszonego lub też zwłokami częściowo już gnilnie przeobrażonemi, to słabo rozwinięte mięśnie w pierwszym przypadku, lub też zmienione skutkiem gnicia, nie dają pewności, iż trójgraniec szczelnie otwór przez wkłócie zrobiony wypełnia, a tem samem powietrze do klatki piersiowej się nie dostaje, zwłaszcza, iż łączenia trójgrańca, poleconego przez Placzka, z manometrem powoduje nieuchronne jego ruchy, przez co pierwotny otwór ulega dalszemu rozszerzaniu, przyczem równocześnie powietrze, znachodzące się w górnej części trójgrańca, ulega uciśnięciu, co pociąga za sobą nawet znaczne wahania płynu w manometrze. W. poleca odpowiednią modyfikacyę trójgrańca, oraz posługiwanie się manometrem wodnym w miejsce poleconego przez Placzka manometru rtęciowego.

Obok już wymienionych ujemnych stron nowej próby płucnej, jakie wynikają z sposobu jej wykonywania, odnoszą się do niej wszystkie te zarzuty, które czynione są próbie płucnej Schreyera.

Dodatnie jej strony polegają na stwierdzonej badaniami czułości, oraz na fakcie, iż wykonanie jej nie wyklucza następowego wykonania próby hidrostatycznej. *H.*

Tubenthal. **Rana kłóta nerki.** (*Münchener med. Wochenschrift* Nr. 45, 1902). Rany nerek należą do rzadkości; Küster zebrał w całem piśmiennictwie tylko 13 przypadków. W przypadku autora wyleciał z ręki jednego żołnierza bagnet, trafił drugiego w lewą stronę grzbietu i utkwił w częściach miękkich. Badanie wykazywało pod XI żebrem na grzbiecie ranę kłótą, do której wcho-

dziły kleszczyki na głębokość 5 ctm. Wysączkowano ją gazą jodoformową, a po pewnym czasie przystąpiono do zabiegu operacyjnego, który polegał na tem, że ranę zewnętrzną rozszerzono, dostano się do nerki, w której stwierdzono blizko środka przebiegającą podłużną ranę. Ranę tę w nerce wysączkowano, sączek pozostawał tylko przez sześć dni, potem go wyjęto, następowo zeszyto ranę zewnętrzną, a po pięciu tygodniach żołnierz był zdrów i zdolny do służby. *B. Żmigród.*

Moszkowicz. **O podskórnem wstrzykiwaniu parafiny.** (*Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 2. 1903). Cztery lata dobiega, jak metodę tę podał Gersuny i jak autor stwierdza, zyskała ona sobie prawo obywatelstwa. Praca niniejsza jest niejako uzupełnieniem i rozszerzeniem pracy podanej w „Klin. therap. Wochenschrift" 43, 1902, którą niedawno temu w streszczeniu podałem. Doświadczenie kliniczne trzech ubiegłych lat przekonało autora, że parafina nie ulega wessaniu; twierdzenie to popiera autor badaniami histologicznemi. Co do własności trujących parafiny, to tak spostrzeżenia M., jak i innych. wykazały, że dla człowieka wstrzykiwania te nie są zupełnie niebezpieczne; najnieprzyjemniejszą rzeczą w tem jest powstawanie zatorów, jeśli się parafinę wstrzyknie do żyły. W przypadkach Pfannenstiela i Leisera, w których powstały zatory, wstrzyknięto parafinę o punkcie topliwości 45° i 43°. a więc i ta parafina nie chroni przed wystąpieniem zatorów. Sposób wstrzykiwań, zabezpieczający od zatorów, podałem w poprzednim referacie z pracy tegoż autora. Najwięcej przypadków było leczonych z powodu nosa siodełkowatego; nie dziw też, że piśmiennictwo dotyczące wstrzykiwań parafiny w tym celu, jest dość znaczne (22 prac); autor dziwi się tylko, dlaczego autorowie, szczególnie francuscy, wstrzykują parafinę Ecksteina, z którą jest tyle zachodu, a nie waselinę białą Gersunyego, chociaż ta się na zimno daje wstrzykiwać. Leczono nos siodełkowaty 28 razy: z przypadków tych najlepsze były wyniki tam, gdzie zapadnięcie jest na dolnym końcu kości nosowych, co się daje łatwo wyrównać, jeśli się skórę na grzbiecie nosa we fałd podniesie i wstrzyknie. W połowiczym zaniku twarzy leczono trzy przypadki z bardzo dobrym skutkiem. Co się tyczy wypełniania blizn po ospie, trzeba czekać jeszcze na udoskonalenie tej metody, obecnie polecić jej jeszcze nie można. W wypadnięciach pochwy i macicy wstrzykiwano parafinę dwa razy do tkanki łącznej obokmacicznej i podpochwowej z dobrym wynikiem, jednakże w obu przypadkach powstały zatory, które szczęśliwie przeszły. Powstanie ich tłómaczy M. tem, że wstrzyknięto parafiny za dużo, raz 30 ctm.^{3}, drugi raz 60 ctm.^{3}, oraz tą okolicznością. że okolica ta obfituje w żyły, w które łatwo trafić można. Poprawę uzyskano w trzech przypadkach rozszczepu podniebienia; metoda ta nadawałaby się jeszcze do zamknięcia bramy przepuklinowej w przypadkach, gdzie się nie da operować, a tu autor radziłby tylko parafinę wysokotopliwą. Czasami tworzą się po wstrzyknięciu parafiny guzy twarde, jeśli się ta nie rozejdzie dobrze; natenczas poleca autor sposób Gersunyego: wstrzykiwać mięszankę waseliny i oliwy w stosunku 1: 4; po pewnym czasie oliwa ulega wessaniu, a waselina się gładko i równo rozmieszcza. *B. Żmigród.*

Wachholz: **Samobójstwo przez otrucie wodą laurową. Uwagi nad połączeniami związków sinu z barwikiem krwi i o hematynie neutralnej.** (*Friedreich's Blätter für ger. Med.* 1902). Ilość wody laurowej, jaką denat wypił, wynosiła około 700 grm.; śmierć nastąpiła w 6—7 godzin po zażyciu trucizny. Przy sekcyi stwierdzono zapach gorzkich migdałów w czaszce, w zatokach żylnych krew jasno czerwoną. W żołądku stwierdzono około $1/2$ litra mleczno-białej treści, wydzielającej silną woń gorzkich migdałów, błona śluzowa żołądka była silnie nastrzykana i żywo czerwono zabarwiona. Ponadto wykazała sekcya gruźlicę płuc i krtani. Krew świeża, wzięta z innych zwłok, zamieniona zapomocą nadżelasinku potasowego na methemoglobinę, zmieniała po dodaniu kilku kropli przedestylowanej treści żołądkowej zabarwienie brunatnożółte, na żywo czerwone, okazując równocześnie widmo hemoglobiny sinowej.

W. przechodzi następnie pokrótce zapatrywania, jakie panowały nad połączeniami związków sinu z barwikiem krwi, wykazując słuszność w dawniejszej swej pracy podniesionego twierdzenia, iż związki sinu łączą się tak z hematyną, jak i z methemoglobiną, a względnie, w myśl ostatnich badań Zeyneka, z hemoglobiną.

Wreszcie omawia W. w kilku słowach hematynę obojętną Arnolda, która swego czasu była powodem szeregu artykułów w „Przeglądzie lekarskim". W myśl badań Formaneka. oraz Klaverena, jest hematyna neutralna trudno rozpuszczalną oksyhemoglobiną, różniącą się od oksyhemoglobiny mniejszą zawartością żelaza. *H.*

Berent. **Zapalenie kręgów podurowe.** (*Klin. therap. Wochenschrift* Nr. 2, 1903). Wiadomo, że w czasie zdrowienia po durze występuje zapalenie kości na tle prątków durowych, które się umiejscawiają najczęściej w kości goleniowej, w żebrach i w kości udowej; zapalenie to prowadzi nawet do zropienia i obumarcia kości. Podobnie ulega schorzeniu na temsamem tle i kręgosłup w części lędźwiowej, szczególnie w okolicy górnych kręgów lędźwiowych, chociaż czasem i górna część kości krzyżowej bywa zajętą. Zmiany anatomiczne polegają na zapalnym surowiczym obrzęku okostnej po wewnętrznej i zewnętrznej stronie kręgosłupa; obrzęk ten może przejść na sąsiedztwo i wywołać obrzmienie całej okolicy lędźwiowej. Rzadziej już występuje schorzenie kości, które może prowadzić do zropienia kości i następowego zapadnięcia kręgosłupa w tej części. Choroba ta powstaje w piątym tygodniu od wystąpienia duru, zwiastuje się bólami w krzyżach, trwającymi tydzień lub więcej, podczas którego to czasu prątki durowe dostają się do kręgosłupa. Jest to okres przedwstępny choroby, po którym w czasie od dwóch tygodni do dwóch miesięcy powstaje właściwe zapalenie kręgów podurowe. Objawia się ono bardzo znacznym bólem, szczególnie przy ruchach, zwiększającym się w nocy i przechodzącym czasem na kończyny dolne aż do palców stopy. Oprócz tego występuje sztywność kręgosłupa, często obrzęk części miękkich okolicy zajętej, czasem i sąsiedztwa; niesłychana wrażliwość na ucisk wyrostków kilku kręgów, co tę chorobę różni od zapalenia na tle gruźliczem, gdzie tylko schorzały krąg jest przy ucisku bolesny. Od nasilenia tych objawów zależy nasilenie objawów rdzeniowych, które się wyrażają bólami odśrodkowymi, rwącymi w kończynach dolnych, kurczami, zwiększeniem lub zmniejszeniem odruchu kolanowego; zaburzenia czuciowe należą do rzadkości. Chorobie tej towarzyszy gorączka, która czasem przekracza 40°, chociaż po dwudniowem trwaniu może opaść do 36°, a może także trwać tygodniami. Rokowanie jest dobre, jakkolwiek wskutek zniszczenia trzonu kręgu może przyjść do zapadnięcia się kręgosłupa i wytworzenia się garbu w części lędźwiowej. Rozpoznanie jest dość łatwe: wywiady wskazują nam przebyty dur brzuszny; mamy objawy zapalenia kręgosłupa, a więc rozpoznać nie trudno. Schanz słusznie radzi pytać w każdem zapaleniu kręgów o przebyty dur brzuszny. Leczenie zapobiegawcze polega na unikaniu wszystkiego, coby mogło spowodować jakiekolwiek uszkodzenie kręgosłupa. Chory powinien powoli zacząć wstawać, chodzić i ze dwa miesiące fizycznie ciężko nie pracować. Leczenie polega na unieruchomieniu kręgosłupa przez podłożenie poduszki pod krzyże i leżenie na wznak; dalej okład lodowy lub przyrząd Leitera na miejsca bolesne; wewnętrznie środki przeciwgorączkowe. W przypadkach, gdzie przychodzi do zniszczenia kości, leczenie wymaga ustalenia kręgosłupa. *B. Żmigród.*

Hahl. **Badania nad stosunkiem białych ciałek krwi podczas ciąży, porodu i połogu.** (*Arch. f. Gyn.* tom 67, zesz. 3, 1902). Autor przedstawia najprzód piśmiennictwo przedmiotu, podając przytem wyniki badań innych autorów. Swoje badania przeprowadził na 36 kobietach (21 pierworódek, 15 wieloródek) i doszedł do następujących wyników: 1) W ciąży liczba leukocytów odpowiada mniejwięcej stanowi prawidłowemu; 2) dopiero w ostatnich dniach ciąży wzrasta nieco ich liczba; 3) z chwilą rozpoczęcia się bólów porodowych występuje silna hiperleukocytoza; 4) ta hiperleukocytoza jest spowodowaną wzrostem ilościowym wielojądrzastych neutrofilów: 5) w połogu zmniejsza się ta hiperleukocytoza równomiernie tak, że zwykle w ciągu pierwszego tygodnia po porodzie następuje powrót do stanu prawidłowego. Różne są teorye, tłómaczące to zjawisko: jedni uważają je za następstwo powiększenia się i rozszerzenia sieci naczyń i gruczołów chłonnych samej macicy i jej otoczenia (Virchow, Spiegelberg); drudzy zaś sądzą, że jest ono następstwem ogólnego podniesienia przemiany materyi, spowodowanego życiem i wzrostem płodu (Nasse, Isambert); inni wreszcie szukają przyczyny w błonie śluzowej macicy (Mochnetscheff). Autor zauważył, że same bóle porodowe, t. j. skurcze macicy, odgrywają ważna rolę w tem ilościowem wzmaganiu się leukocytów. Zupełnie podobną hiperleukocytoza ciałek wielojądrzastych neutrofilnych występuje w sprawach zakaźnych (zapalenie płuc, błonica, róża) i w niektórych otruciach (chlorkiem potasu, fenacetyną itp.), a tłómaczymy ją sobie działaniem chemotaktycznem odpowiednich trucizn (i produktów przemiany materyi bakteryj). Autor chciałby w tensam sposób wytłómaczyć ową hiperleukocytozę z końcem ciąży i przy porodzie i sądzi, że takie materye (z działaniem chemotaktycznem) wytwarzają się prawdopodobnie i przy takim procesie, jakim jest poród, czyli, że musi się coś wytwarzać, co przyciąga ciałka białe do macicy i tam je utrzymuje. Czynnik ten drażniący, wychodzący z macicy, odbija się na składzie całej krwi, wywołując przyrost ciałek białych (wywędrowanych prawdopodobnie ze szpiku kostnego), już z końcem ciąży. Z chwilą rozpoczęcia się bólów porodowych zostaje znowu cała ta liczba ciałek białych, nagromadzonych w macicy niejako wyciśnięta przez jej skurcze do ogólnego krwi obiegu i w ten sposób powstaje hiperleukocytoza porodowa. *Dr. E. Ehrenpreis.*

Czerewkow. **Zawartość jadu wścieklizny w niektórych narządach, tkankach i płynach zwierząt.** (*Russkij Wracz* 1902, Nr. 45). Cz. zakażał króliki jadem wścieklizny, wprowadzając go pod oponę twardą mózgu i następnie poszukiwał go we krwi serca, śledzionie, gruczole podszczękowym, wątrobie, mięśniach, trzustce, szpiku kostnym, nerkach, nadnerczu, płucach, jądrach, nerwie błędnym i kulszowym, splocie pachowym, cieczy mózgowo-rdzeniowej i płynie z komórek bocznych mózgu. Okazało się, że wszystkie te narządy i płyny nie zawierały zupełnie jadu, oprócz obwodowego układu nerwowego, gruczołu podszczękowego, a czasem płynu komórek bocznych. Wprowadzając w następnych doświadczeniach jad wścieklizny nie pod twardą oponę mózgu, lecz wprost do krwi, przyszedł Czerewkow do wniosków następujących: 1) jad wścieklizny, wprowadzony do krwi, może być w niej wykryty w ciągu pierwszej godziny, jakkolwiek już w pierwszej pół godzinie część jego odkłada się w wątrobie, śledzionie i mózgu; 2) po upływie godziny jad wścieklizny zupełnie znika z krwi iześrodkowuje się w przed chwilą wskazanych narządach; 3) po upływie trzech godzin nie można go wykryć i w tych narządach; 4) wobec takiego zachowaniu się jadu autor zalicza go do trucizn organizowanych, nie zaś chemicznych; 5) wprowadzenie jadu wścieklizny do krwi bezpośrednio zwierzęta znoszą bez żadnych następstw szkodliwych; w niektórych razach tą drogą otrzymywał autor nawet odporność przeciwko temu jadowi. *Witold Orłowski* (Ptbg.).

Kelly. **Ostre czyli zakaźne zapalenie wsierdzia.** (*Univ. of Penn. Med. Bull. — Int. Med. Mag.* IV, 1902). Pojęcia nasze o zapaleniu wsierdzia w ostatnich latach uległy zasadniczej zmianie: nie możemy już ściśle odróżniać dwóch postaci zapalenia wsierdzia — dobrotliwej i złośliwej, gdyż jedna z nich może przejść w drugą; pierwszej mogą towarzyszyć owrzodzenia z jednakowemi prawie ciężkiemi zjawiskami; druga traci czasami swoją złośliwość i chory wraca do zdrowia. Wreszcie niewątpliwa zależność przyczynowa zapalenia wsierdzia od bakteryj zmusza nas przejrzeć krytycznie dawne nasze teorye o tem zapaleniu. Autor utrzymuje, iż w zapaleniu wsierdzia istnieje zawsze zakażenie krwi toksynami i bakteryami, a tylko należy je starannie szukać; te chorobliwe stany krwi są czynnikiem pierwotnym, wywołującym zapalenie wsierdzia i działają w ten sposób, iż obniżając życiową siłę wsierdzia, umożebniają wtargnięcie weń bakteryj. Autor przytacza historye choroby dwóch chorych: u jednego z nich wykazał w hodowlach krwi obecność gronkowca złocistego. Wyhodowanie hodowli z krwi bywa pożytecznem i potwierdza rozpoznanie, jeśli daje dodatnie wyniki; natomiast nie ma znaczenia, jeżeli wyniki są ujemne.

Dr. St. Rudzki (Lublin).

Dr. P. Rumpel. **Przypadek kamicy nerkowej w nerce podkowiastej.** (*Ctrbl. f. Chir.* 1902, Nr. 42). Rozpoznanie otoku ropnego nerki lewej na tle kamicy nie ulegało wątpliwości. Kiedy więc oznaczenie punktu marznięcia krwi i moczu i ilości mocznika wydzielonego w ciągu 24 godzin wskazywało na pełną wydolność drugiej nerki, przystąpiono w uśpieniu chloroformowem do wycięcia nerki lewej. Dopiero podczas operacyi spostrzeżono, że dolny biegun guza, szeroką szypułą z tkanki nerkowej łączy się z tymże biegunem nerki prawej. Szypułę zgnieciono, a następnie zeszyto. Wyzdrowienie. *Herman.*

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

G. Klemperer: **Leczenie kamicy nerkowej.** (*Die Therapie der Gegenwart;* 1902, grudzień). Leczenie zwykłe każdego rodzaju kolki nerkowej polega na stosowaniu miejscowem ciepła, zastrzykiwaniu morfiny i na letnich kąpielach. Zdarzają się jednak przypadki, że kolka trwa kilka dni, a nawet tygodni i takie długo trwające kolki pochodzą po największej części z powodu kamyków nerkowych. Prócz morfiny i ciepła poleca się tu jeszcze obfite picie płynów i to, według autora, bez różnicy jakości, nie wykluczając nawet wina i piwa, gdy chory sobie tego życzy, byleby tylko chory co godzina wypił 150-200 ct. sz. płynu. K. nieprzypisuje glicerynie właściwości wydalania kamyków; natomiast poleca gorąco mięsienie (*Streichung*) moczowodów i wstrząsanie (*Erschütterung*) okolicy nerkowej. Dla mięsienia moczowodów kładzie się chorego na bok zdrowy i podczas głębokiego wdechu odsuwa się jelita z boku chorego, a odszukawszy dolny biegun nerki, suwa się nieco na wewnątrz od tego bieguna końce palców obok kręgosłupa powoli i z miernym uciskiem ku dołowi, uciskając równocześnie drugą ręką od strony lędźwi. Ruch ten wykonuje się z jakie dziesięć razy. W ten sposób wywiera się rzeczywiście ucisk na moczowód, co autor mógł stwierdzić na trupach. Lecz mięsienie moczowodów stosuje się tylko w przypadkach niepowikłanych, a u ludzi bardzo tłustych jest ono niemożebnem. Z 19 chorych, u których mięsienie było wykonywane przez 2—11 dni, u 16 kamyki odeszły. Wstrząsanie okolicy nerkowej, wykonane najlepiej przyrządami wibracyjnymi, stosuje K. u tych chorych, którzy kilkakrotnie przebyli kolkę nerkową bez odejścia kamyków. Za pomocą mięsienia wibracyjnego wywołuje się u tych chorych kolkę świeżą w celu wydalenia kamyków; z 10 przypadków w 8 powstała kolka, która w 6 przypadkach doprowadziła do wyniku dodatniego. Autor poleca ten sposób leczenia w przypadkach niepowikłanej i wolnej od ropienia kamicy nerkowej. Mimo to zostaje jeszcze 25% chorych, u których należy wziąść pod rozwagę zabieg operacyjny; lecz autor zna tylko jedno absolutne wskazanie do rozcięcia nerki, a jest niem bezmocz zupełny i ostro występująca ropnica, gdyż w razie silnych bólów i groźnej niedokrewności rozstrzygnięcie zależy od chorego; a jeśli chory lęka się operacyi, lekarz powinien stosować środki dyetetyczne i mechaniczne, nie tracić nigdy nadziei, że i bez operacyi można osiągnąć wyleczenie. Nawet wobec ropomoczu, szczególnie u ludzi starszych, można dość często osiągnąć stan znośny środkami wewnętrznymi. By zapobiedz tworzeniu się powtórnemu kamyków, należy przez odpowiednią dyetę poprawić nieprawidłowości w częściach składowych moczu.

Dr. Fels (Lwów).

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne w dniu 4. lutego 1903.

Przewodniczący: kol. Prof. Nowak. Obecnych członków 25.

I. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytany przyjęto.

II. Kol. Przewodniczący powitał jako gościa kol. Leńkiewicza z Warszawy.

III. Kol. Borzęcki demonstrował chorego z zanikiem trzeciej kości śródręcza na tle zmian kilakowych, przyczem przedstawił odpowiednie roentgenogramy.

IV. Kol. Majewski wygłosił zapowiedziany odczyt: »O utajonych zaburzeniach równowagi mięśni ocznych i o sposobach ich wykrycia«.

Równowaga mięśni ocznych jest wtedy prawidłowa, jeżeli obie osie widzenia przy patrzeniu w dal ustawiają się równolegle, a przy wpatrywaniu się w przedmiot blizki przecinają się w tym przedmiocie — i to nawet wtedy, jeśli jedno lub drugie oko zostanie przez zasłonięcie wykluczone z aktu widzenia dwuocznego. Taki prawidłowy stan równowagi nazywamy za Stevensem »ortoforyą«. Zboczenia od tego stanu obejmujemy ogólną nazwą »heteroforyi«. Jeśli oko pod ręką zasłaniającą zbacza na zewnątrz, wtedy istnieje ukryta rozbieżność *(exophoria)*, jeśli na wewnątrz — ukryta zbieżność *(esophoria)*, jeśli ku górze lub ku dołowi — *hyperphoria* i to *hyperphoria oc. dextri,* albo *oc. sinistri.* Istnieją wreszcie różne kombinacye powyższych zboczeń, oraz ukryta dążność do skręcenia gałek ocznych naokoło osi strzałkowej *(torsio latens)*.

Zaburzenia te wywołują częstokroć dokuczliwe objawy, których zbiór określamy ogólnem mianem: *asthenopia muscularis.* Przyczyny heteroforyi dzielimy na miejscowe i ogólne. Miejscowe zależą od optycznej budowy oka, od stosunków akomodacyi, od budowy oczodołów i t. d. Ogólne dają się zazwyczaj sprowadzić do osłabienia i wyczerpania ustroju, które może być następstwem zarówno przeciążenia pracą i braku wypoczynku, jak i skutkiem rozmaitych wyniszczających chorób ostrych i przewlekłych.

Sposoby wykrycia heteroforyi są bardzo liczne. W ostatnich czasach zdobywa sobie powszechne zastosowanie metoda Maddoxa. Ustawiamy przed jednem okiem badanej osoby płytkę, złożoną z szeregu gęsto obok siebie ułożonych równoległych laseczek ze szkła czerwonego, a drugiem okiem polecamy wpatrywać się w punkt świecący. Z powodu cylindrycznego działania płyt szklanych laseczek punkt świecący przedstawi się oku zasłoniętemu jako długa, czerwona, świetlna smuga, prostopadła do kierunku laseczek. W razie ortoforyi smuga ta przechodzi przez punkt świecący, widziany okiem niezasłoniętem, w razie zaś heteroforyi badany widzi smugę (ułożoną pionowo) na prawo lub na lewo od światła, albo (przy ułożeniu smugi poziomem) powyżej lub poniżej punktu świecącego. Stopień heteroforyi można oznaczyć przez wyrównanie jej za pomocą odpowiedniego pryzmatu, albo przez zastosowanie tak zw. skali stycznych. *(Autoreferat).*

Dobrowolski, sekretarz doroczny.

Towarzystwo dermatologiczne krakowskie.

Protokół z posiedzenia zwyczajnego w dniu 21 grudnia 1902 roku.

Po odczytaniu i przyjęciu protokołu z poprzedniego posiedzenia kol. Gertler, jako gość przedstawił dziewczynkę dwuletnią, u której na obrzękłej wardze sromnej lewej po stronie wewnętrznej znajduje się wrzód o brzegach ostro ciętych, podłożu stwardniałem, pokryty wypociną połyskującą. Sąsiednie gruczoły pachwinowe powiększone i twardsze od prawidłowych. Dr. G. podejrzewa tu wrzód twardy, którym mógł dziewczynkę zakazić jeden z synów służącej, podobno przebywający kiłę. Owrzodzenie to niema charakteru wrzodu odleżynowego; ponieważ zaś dziecko nie gorączkuje, wykluczyć można wrzód błoniczy. Kol. Reiss po dokładnem zbadaniu chorego miejsca oświadcza się przeciw wrzodowi twardemu, a za wrzodem odleżynowym. Kol. Mayzel identyfikuje ten przypadek z przedstawionym na poprzedniem posiedzeniu przez kol. Borzęckiego i również nie zgadza się na rozpoznanie wrzodu twardego. Kol. Krzyształowicz nadmienia, że w podobnym przypadku trzeba być bardzo ostrożnym ze stanowczem rozpoznawaniem, bo w razie rozpoznania wrzodu twardego sprawa musi się oprzeć o sąd. Kol. Borzęcki, biorąc pod uwagę gruczoły pachwinowe, które już w tym czasie musiałyby być bez porównania większe i twardsze, uważa rozpoznanie kol. Gertlera za bardzo wątpliwe. Kol. Steuermark widział ten przypadek przed pięciu dniami, a więc przed leczeniem i wówczas wrzód był więcej do kiłowego podobny, mimoto jednak uczynił rozpoznanie z zastrzeżeniem. Kolega Gertler dodaje, że w swej praktyce niejednokrotnie spotykał się z wrzodami błoniczemi, po odrze, odleżynowymi i twardymi, ale ten przypadek najwięcej przemawia za wrzodem twardym, co zresztą dalsze spostrzeganie wykaże.

Kol. Reiss przedstawia ambulantkę, u której w okolicy fałdów pachowych znajdują się grupy popękanych i strupem pokrytych pęcherzyków. W okresie powstawania tych pęcherzyków doznawała chora silnego swędzenia i palenia. Idzie tu o nieco atypowy półpasiec, *herpes zoster*.

Dalej przedstawia kol. Reiss chorego z rzadką postacią gruźlicy skóry, t. zw. *tuberculosis verrucosa cutis* Riehl-Paltauf, w postaci ognisk typowych, okrągłych, ściśle ograniczonych na grzbietowej stronie ręki lewej, o typie brodawkowatym, otoczonych rąbkiem różowym, trwających kilkanaście miesięcy. Wszelki brak guzków w otoczeniu nacieków chorobowych i umiejscowienie typowe przemawiają za postacią Riehl-Paltaufa, a przeciw formie brodawkowatej wilka. Kol. Krzyształowicz stwierdza, że istotnie Riehl i Paltauf, odróżniając te dwie postacie gruźlicy skóry, podają również odmienną budowę histologiczną i niewątpliwie dwie te postacie łatwo od siebie klinicznie odróżnić można; czy jednak anatomiczna różnica jest tak wybitna, o tem wątpi.

W dalszym ciągu przedstawia kol. Reiss pacyenta, u którego na prawidłowej skórze znajdują się liczne powierzchowne nacieki w postaci kół lub ich odcinków, różowe, pokryte łatwo oddzielającemi się łuseczkami. Rozpoznanie przedstawia pewne trudności; można bowiem myśleć o *lues papulo squamosa orbicularis recidiva,* lub o *trichophytia vesiculosa superficialis orbicularis.* Badanie histologiczne wyklucza to drugie cierpienie; kiłę można również przy nieco dokładniejszem badaniu wykluczyć. Rozpoznanie w tym przypadku brzmi: *eczema seborrhoicum annulare.* Kol. Borzęcki przyznaje, że zobaczywszy raz pierwszy ten przypadek bez bliższego badania rozpoznał kiłę; gdy jednak nie znalazł innego objawu, przemawiającego za kiłą, oprócz wej rzenia, zgadza się na rozpoznanie kol. Reissa. Biorąc pod uwagę szczegół, że Unna nie stawia ostrej granicy między *seborrhoea,* a *psoriasis,* która może również wystąpić w tak odosobnionych, atypowych ogniskach, uważa i tutaj rozpoznanie *psoriasis orbicularis atypica* za dopuszczalne. Kol. Krzyształowicz zwraca uwagę, że *seborrhoea* i *psoriasis* należą do tejsamej grupy, są tylko jej pewnemi odmianami. (Brocq rozróżnia te postacie, jako t. zw. *parapsoriasis).*

Wreszcie przedstawia kol. Reiss przypadek *psoriasis universalis.* W tym przypadku choroba szybko zajęła całą skórę, która przedstawia się jako naciekła, zaczerwieniona; ciepłota jej nieco podniesiona. Skóra łuszczy się na całej powierzchni. Gruczoły niemal wszystkie, szczególniej pachwinowe, powiększone. Rozpoznanie waha się między *pityriasis rubra* Hebrae, a *psoriasis generalisata rubra.* Zmiany na głowie uważać należy za typowy łojotok, przechodzący równomiernie na twarz, kark i plecy. Strony wyprostne kończyn nie okazują wybitnych zmian, odpowiadających łuszczycy; cała skóra jest mniejwięcej jednostajnie zajęta, wreszcie gruczoły w dole Scarpy powiększone, ciastowate i niebolesne. Kol. Krzyształowicz zwraca uwagę na wybitną akantozę i twierdzi, że tu naciek nie dotyczy skóry samej, lecz przyskórka. Kol. Borzęcki przyznaje wielkie podobieństwo tego przypadku do przedstawionego przez siebie w roku zeszłym i twierdzi, że niema pewnych wskazówek wykluczających *pityriasis rubra* Hebrae. Kol. Reiss zwraca uwagę, że *pityriasis rubra* Hebrae prowadzi do zaniku skóry, o czem tu niema mowy; a że i w *psoriasis rubra universalis* występuje często obrzęk gruczołów chłonnych, wytłómaczalny zakażeniem dróg chłonnych.

Kol. Borzęcki przedstawia przypadek *lues tubero-serpiginosa exulcerans faciei.* Zakażenie według wywiadów nastąpić miało przed 15-tu laty; dalszy przebieg cierpienia był prawidłowy, a dopiero przed dwoma laty wystąpiły objawy nerwowe i tabetyczne. Przypadek ciekawy ze względu na powolny przebieg cierpienia. Wszczyna się krótka dyskusya, poczem kol. Borzęcki przedstawia jeszcze chorą z *trichophytia vesiculosa superficialis* po lewej stronie klatki piersiowej. Badanie mikroskopowe i bakteryologiczne dało wynik dodatni.

Kol. Reiss przedstawia chorą z typowym obrazem *impetigo vulgaris,* której towarzyszy *eczema seborrhoicum psoriasiforme.*

W końcu przedstawia chorych znanych z poprzednich posiedzeń, w celu okazania wyników leczenia.

Na tem posiedzenie zamknięto. *Dr. Pacyna,* sekretarz

VII. LXXIV. Zjazd przyrodników i lekarzy niemieckich w Karlsbadzie

w dniach 21—27 września 1902 roku.

(*Sekcya chirurgiczna*).

Zestawił

Dr. Bolesław Żmigród.

(Dokończenie).

29. Gross (Jena): **Włókniste zwężenia żołądka i jelit na tle kiłowem.** W jednym przypadku znaleziono na sekcyi u 52-letniego mężczyzny, który przebył kiłę, 8 ctm. długie zwężenie żołądka i drugie w okolicy kiszki ślepej przy 10-ciokrotnem zgrubieniu ściany jelita, wreszcie trzecie 4 ctm. długie w zgięciu śledzionowem jelita grubego; w II przypadku wycięto u chorej 51-letniej, która przebyła kiłę, 17 ctm. długie zwężenie w odźwierniku. Zwężenia te miały kształt walcowaty, błona śluzowa jelita niezmieniona, a toby przemawiało za sprawą zapalną na tle kiłowem, a nie za następstwem kilaków.

30. Eiselsberg (Wiedeń): **O wpochwieniu** (inwaginacyi). E. operował 13 przypadków wpochwień, z tych 7 razy jedyną przyczyną wpochwienia była nieprawidłowo krótka krezka, prawdopodobnie będąca wadą wrodzoną. Według zdania prelegenta, zadaniem chirurga powinno być całkowicie wycięcie wpochwienia.

31. Hofmeister (Tübingen): **O wpochwieniu.** H. miał 7 przypadków wpochwienia, z tych jeden o tyle ciekawy, że długość części wyciętej wynosiła 140 ctm.; w lejek wpochwienia wciągniętą była i dwunastnica. Przypadek ten zakończył się pomyślnie. H. operuje metodą Brauna z modyfikacyą Doyena.

32. Clairmont i Ranzi (Wiedeń): **Doświadczalne badania nad niedrożnością jelit.** Prelegenci wywoływali u zwierząt sztuczną niedrożność jelit, a przesączoną treść jamy brzusznej tych zwierząt wstrzykiwali innym zwierzętom. Zwierzęta te ginęły wśród drgawek w czasie nie przekraczającym 21 dni. Z tego wnoszą, że jad, sprowadzający śmierć przy niedrożności jelit, pochodzi z jelita.

33. Schloffer (Praga): **Rak jelita grubego.** Prelegent operował 31 przypadków. Poleca on trójczasową operacyę: wycięcie jelita grubego bez kiszki ślepej, założenie rzyci sztucznej i zamknięcie tego sztucznego otworu. Tak operował 7 przypadków z wynikiem pomyślnym.

34. Hilgenreiner (Praga): **Sprawozdanie z 822 operacyj przepuklin w klinice niemieckiej w Pradze.** Na podstawie tych przypadków poleca H. metodę Wölflera, jego zdaniem o tyle lepszą od metody Bassiniego, że nie pociąga nieprzyjemnych następstw, jakie powstają z powodu przemieszczenia sznurka nasiennego.

W dyskusyi zabierali głos: Graser (Erlangen), Kausch (Wrocław), Friedrich (Lipsk), Eiselsberg (Wiedeń).

35. Ellbogen (Kładno): **O zranieniach wywołanych nabiciem się na pal.** E. przedstawia chorego, który się nadział na

szczebel drabiny. Przypadek o tyle ciekawy, że choremu wstrzyknięto zapobiegawczo surowicę przeciwtężcową, mimo to chory dostał napadów tężca; po drugiem wstrzyknięciu objawy tężca ustąpiły i chory wyzdrowiał.

36. Haberer i Clairmont: **Badania doświadczalne nad otrzewną chorą i zdrową.** (Ukaże się w obszernym referacie z pracy ogłoszonej w „Wien. klin. Wochenschr.").

37. Steinthal (Stuttgart): **Przyczynek do rozpoznania i rokowania w zapaleniu kołowyrostkowem.** S. dzieli zapalenia wyrostka robaczkowego na lokalne *appendicitis simplex* i *periappendicitis circumscripta* — i na *app. ulcerosa progressiva* i *periappendicitis progressiva.* — Przetokę ślepej kiszki radzi leczyć sączkiem Witzela.

38. Posner (Berlin): **Przyczynek do nauki o gruźlicy narządu moczopłciowego.** Prelegent opisał przypadek gruźlicy pęcherza, w którym początkowo powstał mały guzek na prawem przyjądrzu, a w 8 miesięcy potem na ciałku jamistem prącia kolo ujścia zewnętrznego cewki. Guzki te miały kształt pęcherzyków i były wypełnione płynną miazgą. Badanie mikroskopowe ściany pęcherza wykazało gruźlicę.

39. Zabludowski (Berlin): **Leczenie schorzeń jąder i ich przydatków.** Z. stara się zapomocą silnych zmian w krążeniu krwi w jądrach i ich częściach dodatkowych wywołać poprawę w różnych stanach chorobowych tych narządów. Robi to zapomocą odsznurowania podstawy worka mosznowego i nasady prącia przez mięsienie w rozmaitej postaci jako gniecenie, wstrząśnienie, opukiwanie i t. d. Zabiegi te są wskazane we wszystkich przewlekłych zboczeniach chorobowych jąder, przyjądrzy, sznurka nasiennego, powstałych na tle rzeżączkowem lub urazowem, a także i na tle psychicznem.

40. Stolper (Wrocław): **O złamaniach miednicy.** Prelegent omawia przyczyny i postacie złamań miednicy. W przypadkach tych nietylko cięższych, ale i w lżejszych powstają rozdarcia cewki i pęcherza moczowego. Gdzie tylko przypuszczamy rozdarcie cewki lub pęcherza, tam należy zaraz operować. Objawem dość wybitnym i mającym znaczenie rozpoznawcze rozdarcia jest ukazanie się krwi w pierwszym po rozdarciu oddanym moczu. Leczenie tych złamań polega na ułożeniu chorego w łóżku na krzyżach, a w nadwerężeniach stawu biodrowego na wyciąganiu.

41. Strauss (Frankfurt n. M.): **Przyczynek do czynności moczowodów i nerek przy rozszczepie pęcherza.** Prelegent miał przypadek rozszczepu powłok brzusznych i pęcherza. Spostrzegał przytem zachowanie się błony śluzowej pęcherza, która była pokrytą szklistą powierzchnią śluzu; obie miedniczki nerkowe nie pracowały równocześnie, lecz na przemian: także sposób wydzielania się moczu z obu moczowodów nie był jednaki: po stronie prawej sączył się mocz kroplami, po lewej strumieniem cienkim: ilość zatem moczu po stronie prawej była trzy razy mniejszą niż po lewej. By wynik operacyi był dobry, należałoby w tych przypadkach sprawić trzy rzeczy: 1) zdolność zatrzymywania moczu w pęcherzu; 2) restytucyę stosunków anatomicznych i 3) uniknięcie zakażenia w drogach moczowych. Mając do wyboru trzy metody: Sonnenburga, Maydla i Trendelenburga, prelegent oświadcza się za metodą Trendelenburga, jako mogącą najlepiej wypełnić wymienione trzy warunki, jakich się żąda od tej operacyi.

42. Nieriker (Zurych): **Znieczulenie chlorkiem etylu.** N. demonstruje maskę do tego znieczulenia i wynaleziony przez siebie rozwieracz ust, oraz tubę do chlorku etylu.

W dyskusyi przypomina Hacker (Insbruk), że w jego klinice stosowano poraz pierwszy to znieczulenie. Ma dotychczas zanotowanych 1800 tych znieczuleń i bardzo jest zadowolony w tych przypadkach, gdzie operacya jest bardzo bolesną i powinna trwać krótko. Ostrzega przed stosowaniem tego znieczulenia u alkoholików. Miał jeden przypadek śmierci.

43. Kersting (Akwisgran) demonstruje łatwo dające się zdejmować szyny na kąt szczęki przy złamaniach i resekcyach szczęki dolnej.

44. Salzwedel (Berlin): **Zastosowanie wyskoku do celów chirurgicznych.** Wyskok zdaniem Salzwedela działa bakteryobójczo nietylko z powodu odciągania wody drobnoustrojów, ale także i swoiście. Doświadczenia robiono nad siłę bakteryobójczą wyskoku mają tę wadę, że przy nich stosuje się zaraz po wyskoku wodę, wskutek czego niszczy się jego działanie na niezupełnie obumarłe drobnoustroje. Prelegent poleca dalej swoje opatrunki wyskokowe, które stosuje w ropówkach, zapaleniach stawów na tle gośćcowem lub rzeżączkowem. Opatrunki te robi z gazy moczonej w zgęszczonym wyskoku, na rany zaś stosuje wyskok 50%; jednakże opatrunek taki musi być dość luźny, by wyskok mógł parować. Takim opatrunkiem wyleczył raz gruźlicze zapalenie stawu garstkowego i raz zgorzel łożyska paznogcia u chorego na cukrzycę.

45. Schloffer (Praga): **Przypadek zatorowego wędrowania pocisku.** S. przedstawia przypadek po postrzale w piersi. Wskutek postrzału tego wystąpiło u chorego porażenie prawego przedramienia. Prelegent wyjął pocisk ze światła tętnicy pachowej: pocisk bowiem doszedł do serca, a stamtąd popłynął jako zator do tętnicy pachowej. W następstwie zniszczenia części mięśni brodawkowych serca powstało zwężenie lewego ujścia żylnego serca.

46. Landerer (Stutgart): **Operacyjne leczenie żylaków i wrzodów podudzia.** Zdaniem L. ani operacya Trendelenburga (podwiązanie żyły podskórnej odgoleniowej), ani częściowe wycięcie żylaków nie wystarcza. Radzi wycinać żylaki zupełnie, co sam zawsze robi i ma 70—80% stałych wyleczeń.

47. Graser (Erlangen): **O t. zw.: Bursitis proliferans.** Według zdania Virchowa i innych przychodzi w tej sprawie chorobowej do zapalenia z wytworzeniem nowej tkanki na ścianie wewnętrznej torebki, a na wytworzoną tkankę nawarstwia się włóknik. Przypadki spostrzegane skłaniają prelegenta do zapatrywania Rickera, który twierdzi, że w tak zw. *bursitis proliferans* przychodzi do rozpłynięcia się tkanki łącznej obok spraw destrukcyjnych wewnętrznej ściany torebki śluzowej. Prelegent proponuje nazwę »*hygroma destruens*«.

48. Schanz (Drezno): **O przeszczepianiu mięśnia czterogłowego.** S. przedstawia chorego, u którego zastąpił mięsień czterogłowy uda mięśniem krawieckim.

49. Dollinger (Budapest): **Sposób krwawego odprowadzenia zastarzałych zwichnięć stawu barkowego.** W 7 przypadkach, w których nie udało się prelegentowi odprowadzić sposobem Kochera zastarzałych zwichnięć, postąpił w ten sposób, że dostał się nożem do ścięgna mięśnia podłopatkowego, przeciął je, a wtedy odprowadzenie sposobem Kochera nie natrafiało na żadne trudności. D. zauważył, że w tych przypadkach nie było żadnych zrostów, ani kostniaków; za przyczynę więc nieudania się odprowadzenia uważa zmiany w mięśniu podłopatkowym.

50. Hofmeister (Tübingen): **O nowym sposobie mięsienia.** Prelegent poleca w chorobach kończyn, wymagających mięsienia, zanurzanie tych ostatnich w słoju żelaznym, 50 ctm. wysokim, wypełnionym rtęcią; można to robić przez czas 15—60 minut. Mięsienie to jest niebolesne.

51. Worizek (Praga): **Demonstracya przyrządu do prostowania w zmianach kręgosłupa.**

52. Stauber (Iwonicz): **Przyczynek do zachowawczego leczenia schorzeń kości i stawów na tle zołzowem.** Prelegent poleca na podstawie swego dużego doświadczenia leczenie zachowawcze spraw zołzowych, polegające na stosowaniu wody i soli Iwonickiej.

Zjazd ten zakończył swą naukową działalność obradami wspólnemi, na których wygłosili odczyty:

Eiselsberg (Wiedeń): O znaczeniu gruczołu tarczykowego dla porządku przyrody. Wettstein (Wiedeń): O neo-lamarckizmie. Müller (Monachium): O siłach przyrody w służbie elektrotechniki.

VIII. I. Zjazd lekarski w Kairze.

Sekcya patologiczna.

(Ciąg dalszy).

Dr. Piot bey (Kair). *Wpływ pasorzytów przewodu pokarmowego na powstawanie zakażeń ustroju.*

Autor czyni wzmiankę, iż spostrzegał ostre zapalenie wątroby u konia; wątroba przedstawiała samą prawie miazgę, na torebce były liczne rozdarcia, wiszące bryłki skrzepłej krwi, wreszcie powstał silny krwotok, który spowodował śmierć. Autor opisuje przy tej sposobności dwie postaci kliniczne zapalenia wątroby u koni w Egipcie: jedna zawsze bardzo ciężka, szybko przebiegająca, druga więcej łagodna z przebiegiem 2—3 tygodniowym; wreszcie przytacza ten ciekawy fakt, że zapalenie wątroby u konia i u wielkich zwierząt nie przybiera nigdy w Egipcie postaci ropnej, tak częstej u ludzi.

Dr. Tourtoulis bey (Kair). *Przyczynek do nauki o zaburzeniach przewlekłych wątroby w krajach gorących.*

Nie kusząc się o podanie rzeczywistych przyczyn częstości zaburzeń wątrobowych w krajach gorących, zaznacza prelegent, że łatwiejsze gnicie mięsa i innych materyałów spożywczych, obfite wydzielanie chlorku sodowego wskutek nadmiernego pocenia się, powodują zmniejszenie się kwasoty soku żołądkowego; nadto, pochła-

nianie wielkiej ilości płynów wskutek ustawicznego pragnienia, podnosząc ciśnienie w wątrobie i zmniejszając wydzielanie żółci, wytworu, jeśli nie antyseptycznego, to w każdym razie antytoksycznego, usposabiają do powstawania zaburzeń przewodu pokarmowego, a następowo także i wątroby.

Tryb życia więcej siedzący, przez co ruch przepony upośledzony, jak niemniej zwolniony ruch jelit i krążenie w wątrobie, są dalszymi bodźcami do częstszego powstawania zaburzeń w przewodzie pokarmowym w krajach gorących. Europejczyk, osiedlając się w krajach gorących, powinien przeto pilnie zwracać uwagę na najdrobniejsze zaburzenie w przewodzie pokarmowym, bo ono otwiera bramę do zaburzeń w wątrobie. A gdy to się zjawi, nie czekać, aż wystąpi żółtaczka, bóle wątroby i puchlina brzuszna, ale najdrobniejszy symptom uważać za poważny.

Dr. Becker bey (Kair). *Nieprawidłowości w przemianie materyi w krajach gorących i psychozy u kolonistów europejskich.*

Mowca przytacza statystykę chorób umysłowych wogóle (jeden chory na 500 mieszkańców) i porównywując ją ze statystyką chorób umysłowych między kolonistami austryackimi w Kairze w ostatnich pięciu latach, zaznacza, że między tymi ostatnimi przypada jeden chory na 210 kolonistów. Śledząc za przyczynami tej nadmiernej liczby umysłowo-chorych między Europejczykami w krajach gorących, stara się prelegent wykazać, że odgrywa tu prawdopodobnie ważną rolę nadmierna praca gruczołów trawiennych, a nadto zboczenia w wydzielaniu niektórych toksyn.

Przy tej sposobności zwraca uwagę na spostrzeganą przez siebie, a dotychczas nie uwzględnioną przez psychiatrye t. zw. »*folie morale tropicale*«, »*moral tropical insanity*«, charakteryzującą się wygórowanem pojęciem o sobie samym, przeobrażającem się często w chełpliwość, usposobieniem kapryśnem, uporczywem i szybko się zmieniającem; dalej nadzwyczajną drażliwością, czynami brutalnymi i grubiańskimi, jednak bez wybitnej zmiany w inteligencyi: wreszcie anomaliami w rozwoju wrażeń.

Przyczyn tego cierpienia należy szukać w nadużywaniu alkoholu, w znużeniu i braku snu wskutek upałów, w żywieniu się przeważnie konserwami mięsnemi, w braku pokarmów roślinnych, w zakażeniu zimniczem, w czerwonce, a nadto w odosobnieniu, nostalgii itp.

Kończąc, przyłącza się prelegent do zdania sędziego Dra Hozevara, że przestępstwa, popełniane pod wpływem upałów egipskiego lata, należałoby oceniać z całkiem innego punktu widzenia, zważywszy, że zasady etyczno-moralne, obowiązujące europejczyków, zostały pod wpływem klimatu fizyologicznie zmienione.

Dr. Fornario (Kair). *Zimnica w Egipcie.*

Autor przedstawia historyę zimnicy, streszczając prace, dokonane na tem polu aż do naszych czasów i wykazuje, jak w licznych przypadkach zimnicę zapoznawano, a nawet zaprzeczano jej istnienia. Powołując się następnie na liczne spostrzeżenia osobiste, wykazuje z tablicami w ręku, o ile ciepłota w zimnicy jest zmienna i jak łatwo ją można pomięszać z durem brzusznym. Następnie czyni uwagi z zakresu epidemiologii, mówi o okresach sezonowych, stojących w związku z wylewem Nilu; stwierdza zapoznawany dotychczas związek między zimnicą a zaburzeniami czynnościowemi serca, oraz schorzeniami wątroby i zaznacza, że rozpoznawanie w chorobach wątroby jest w takich przypadkach bardzo trudne. Przytacza wreszcie przypadki zapalenia płuc, występującego w związku z zimnicą.

Dr. Valassopoulos (Aleksandrya). *Dur żółciowy w Aleksandryi.*

Odczyt Dra Valassopoula zajmuje szczególnie Aleksandryę, gdzie ta choroba od mniejwięcej 30 lat panuje w sposób endemiczny, zabierając corocznie wiele ofiar. Autor przytacza dowody, że t. zw. dur żółciowy nie jest chorobą, którą Griesinger spostrzegał w Kairze około r. 1853 i że należy go przypisać złemu systemowi kanałów, w których z powodu braku odpowiedniego spadku odbywa się zastój i gnicie ciał zwierzęcych, a to przedewszystkiem w lecie, kiedy niema deszczów. Prelegent kończy wnioskiem, aby zaradzono jak najrychlej złemu stanowi kanałów i aby chorobę tę odtąd nazywano »*typhus biliaris*«, zamiast „choroba Weila".

Prof. Courmont (Lugdun). *Wczesne rozpoznawanie duru brzusznego zapomocą zawsze dodatniej hodowli prątka durowego z krwi chorych na dur.*

Autor przedstawia metodę rozpoznawania duru we wczesnych jego okresach zapomocą szczepienia krwi chorego w większej ilości bulionu, wykazując, że już w czwartym dniu choroby bakterye duru znajdują się we krwi. Nie znajdowano ich dawniej we krwi, bo brano zamało krwi i hodowano w małej ilości bulionu. Ponieważ krew działa silnie antytoksycznie, przeto trzeba ją bardzo rozcieńczyć bulionem, aby bakterye wyhodować.

Prof. Chantemesse (Paryż). *Leczenie surowicą duru brzusznego.*

Chantemesse przedstawia swoją pracę, która jest dalszym ciągiem tego, co już w tym przedmiocie ogłosił. Porównywując śmiertelność, stwierdzoną urzędownie we wszystkich szpitalach paryskich podczas ostatnich 20 miesięcy, wykazuje, że wynosiła ona około 19%, podczas gdy śmiertelność w tymsamym przeciągu czasu w 200-tu przypadkach, leczonych surowicą, nie przekroczyła $3^1/_2$%. Gdy się surowicę stosuje późno, wtedy ona nie chroni skutecznie przeciwko przedziurawieniu jelit, zabezpiecza zaś napewno, jeśli jest stosowaną w pierwszych sześciu dniach. Wstrzyknięta w zapaleniu kości i okostnej, powstałych w następstwie duru, leczy je szybko i skutecznie.

Doświadczenie poucza, że surowica, wstrzyknięta zwierzęciu, chroni je skutecznie od zakażenia i od zatrucia pod warunkiem, jeśli jest podana wcześnie. Chroni o wiele mniej, jeśli jest podana późno. Działa ona na zarazki duru, czyniąc je mniej odpornymi na walkę z komórkami ustroju. Surowica zwiększa tworzenie się fagocytów, jak to jest łatwo stwierdzić w mieszkach śledziony, w tkance gruczołowatej i w rdzeniu kości królików, poddanych zakażeniu durowemu i leczonych surowicą.

Statystyka ogólna wszystkich przypadków, leczonych dotychczas surowicą, daje śmiertelność niższą od 6%. Autor sądzi, że ta śmiertelność zmniejszy się jeszcze bardziej, gdy stosowanie surowicy będzie wykonywane odpowiednio, co nie jest rzeczą tak łatwą, jak przy surowicy przeciwbłoniczej.

Dr. Bitter (Kair). *Epidemie w Egipcie, zapobieganie i środki do ich zwalczania.*

Mówca porównywuje ostatnie epidemie cholery pod względem śmiertelności i wykazuje, że śmiertelność znacznie się zmniejszyła, tembardziej, że liczby znane z epidemij, poprzedzających epidemię w r. 1895—96 są z pewnością niższe od rzeczywistych. Ta poprawa jest wynikiem ustawicznej poprawy warunków higienicznych kraju. Przyczyna epidemii z r. 1902 leży w zakażeniu wody i Dr. Bitter stwierdza, że epidemie tego pochodzenia uwydatniają się krzywemi bardziej chyżemi, podczas gdy epidemie pochodzące z zakażenia rozsianego odznaczają się krzywą rozległą.

Środki przeciw epidemiom, stosowane po rok 1865, były skierowane przeciw wszystkim innym przyczynom z wyjątkiem najważniejszej — wody. Jedynem miastem, które przedsięwzięto środki ostrożności pod tym względem, była Aleksandrya; — gdzieindziej rzucano do Nilu odpadki i śmiecie, zbierane w mieście. Dlatego też w r. 1883 cholera nie przybrała w Aleksandryi takich rozmiarów, jak w roku 1865.

Epidemię w r. 1902 zwalczano według programu naukowego. Wielką przeszkodą w walce z cholerą jest zatajenie choroby. Donoszenie lekarzy domowych jest problematyczne, gdyż ubodzy tubylcy nie wzywają wogóle lekarzy. Jest jedna tylko rękojmia, — a mianowicie — zakaz chowania zwłok bez poprzedniego wydania świadectwa lekarskiego. Jestto możliwe po miastach, ale po wsiach świadectwa śmierci wydają dotychczas jeszcze tylko felczerzy. Brak desinfektorów po wsiach jest także wielką przeszkodą w zwalczaniu cholery.

Śledząc za początkiem epidemii cholery tegorocznej, przychodzi prelegent do wniosku, że została ona zawleczona przez pielgrzymów i to takich, którzy odbywali kwarantanę w Tor. (Jestto punkt sporny między władzami kwarantanowemi, a władzami sanitarnemi krajowemi. Władze sanitarne twierdzą, że została ona przeniesiona przez pielgrzymów, którzy odbyli kwarantanę w Tor, jakkolwiek jest rzeczą dowiedzioną, że z 17 pielgrzymów z „Muszy", gdzie cholera najpierw wybuchła, żaden nie był chory ani w Mece, ani w Tor, ani w drodze, ani po powrocie do miejsca zamieszkania. Mieli oni rzekomo w swych wnętrznościach, bez żadnej szkody dla siebie, przenieść bakterye cholery mniej jadowite, które po przybyciu pielgrzymów do miejsca zamieszkania, mniejwięcej w miesiąc po opuszczeniu Mekki, trafiły na grunt bardziej właściwy. Władze zaś kwarantanowe twierdzą, że gdyby tak było w rzeczywistości, to ponieważ Musza leży w górnym Egipcie, o dwa dni koleją od Suezu, gdzie pielgrzymi wylądowują, to bakterye cholery powinnyby trafić gdzieś po drodze na ów właściwszy grunt i cholera wybuchłaby gdzieś bliżej Suezu, a względnie wybuchłaby w kilku miejscach naraz, skoro pielgrzymów egipskich było około 6000. Mogłoby też to samo nastąpić i w innych krajach, w Turcyi, Rosyi, Algierze itp, które to kraje dostarczyły około 30.000 pielgrzymów. Nadto jeśli się zważy, że Musza leży w górnym Egipcie blizko afrykańskiego brzegu morza Czerwonego i tylko 7 dni od Jambo (miasto portowe w Arabii), to można przypuszczać, że cholera dostała się zapomocą pielgrzymów, którzy, pomijając 18-dniową kwarantanę w Tor, potajemnie wylądowali, tembardziej, że, jak wiadomo, egipski brzeg morza Czerwonego jest bardzo długi i tem samem nie może

być dostatecznie strzeżony. Koło Kosseir i Suakim władze kwarantanowe przychwyciły gromady pielgrzymów, których potajemnie na ląd wysadzono. Któż może zaprzeczyć, że takich gromad nie było więcej, których jednak nie wyśledzono? *Przypisek sprawozdawcy*).

Mowca wyłuszcza w końcu wszystkie środki zaradcze, przedsięwzięte tak przez rząd, jak i służbę sanitarną, a wykazawszy, że bakterye zebrane w ciągu tegorocznej epidemii były bardzo jadowite — przypuszcza, że zmniejszenie się śmiertelności należy przypisać energii środków przedsięwziętych i postępowi, dokonanemu w ogólnym programie ochrony. (Ciąg dalszy nastąpi).

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 19. lutego.

Od Dr. Langiego otrzymujemy następującą odezwę do kolegów-lekarzy:

»Opłakane stosunki stanu lekarskiego pogarszają się niemal z dniem każdym, a doszło już do tego, że gdy dziś nawet wyrobnik ma jakotako zabezpieczony byt na wypadek choroby, jedynie lekarz, zachorowawszy obłożnie, nie ma żadnej pomocy materyalnej. Piekącą jest więc sprawa Kas chorych dla lekarzy, któreby w razie chwilowej niezdolności do pracy, przychodziły każdemu z nas z doraźną pomocą. Izba wschodnio-galicyjska, zrozumiawszy potrzebę takiej instytucyi, stworzyła ją już dla swych członków; coś podobnego powstać też musi jak najrychlej i dla lekarzy zachodniej Galicyi.

Studyując prywatnie od lat kilku sprawę Kas chorych dla lekarzy, mam gotowy szkic projektu, który w stosownej chwili przedłożę bądź Izbie lekarskiej zachodnio-galicyjskiej, bądź też Towarzystwu samopomocy. Przedtem jednak chodzi mi o zebranie pewnych wskazówek od ogółu lekarzy, dla których Kasa ta powstać by miała. W tym więc celu udaję się z uprzejmą prośbą do wszystkich kolegów, tak w Krakowie jak i na prowincyi, aby raczyli odpowiedzieć na następujące pytania:

1. Czy Kolega uznaje potrzebę bezwłocznego założenia Kasy chorych dla lekarzy?
2. Czy należenie do takiej Kasy ma być dowolne czy przymusowe?
3. Czy Kasa ma powstać przy Towarzystwie samopomocy jedynie dla członków, podobnie jak istniejąca Kasa dla farmaceutów przy Towarzystwie »Unitas«?
4. Czy Kasa ma powstać przy Izbie lek. zach.-galic. dla wszystkich do Izby należących, jak zawiązana obecnie Kasa we Lwowie?
5. Czy w razie, gdyby należenie było dowolne, gotów jest kolega przystąpić do takiej Kasy?

Zwięzłe odpowiedzi o ile możności jak najprędzej proszę przesłać na karcie korespondencyjnej pod moim adresem: Kraków, ulica Sławkowska, No. 31«.

Dr. Adam Langie.

* Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia wczorajszego posiedzenie zwyczajne, na którem, po przedstawieniu chorego przez Dr. Merza, odbyły się odczyty: I. Kol. Lewkowicza »O czystych hodowlach prątka wrzecionowatego Vincenta, zarazka wrzodnego zapalenia ust« i II. Kol. Seńkowskiego »O sposobie mierzenia czynności wydzielniczej wątroby w przypadkach klinicznych«.

* Dnia 16 b. m. odbył się wykład habilitacyjny Dra Ksawerego Lewkowicza, asystenta przy klinice pedyatrycznej krakowskiej. Prelegent mówił: »O znaczeniu badania cytologicznego płynów zapalnych«.

* Reskrypt ministeryalny z d. 14 lipca 1902 r. L. 29.949 do krajowych szefów politycznych, zarządzający środki do zwalczania gruźlicy, wywołał okólnik Rady szkolnej galicyjskiej do dyrekcyj szkół średnich, seminaryów nauczycielskich, szkół przemysłowych i t. d. w którym krajowy zarząd oświaty podaje do wiadomości i do zastosowania wskazówki krajowej Rady zdrowia, zmierzające do zapobieżenia szerzeniu się gruźlicy. Wskazówki te są następujące:

»1. Starać się wogóle o najpomyślniejsze warunki higieniczne w budynkach i salach szkolnych, jakoteż i w otoczeniu szkół.

2. Usunąć od nauki w szkołach nauczycieli i nauczycielki, u których można wierdzić w plwocinach prątki Kocha, lub u których znajduje się gruźlica w okresie rozpadu płuc.

3. Zabronić pluć na podłogę i ustawić w salach szkolnych spluwaczki, lub wiaderka, wypełnione płynem desinfekcyjnym lub wogóle płynem.

4. Zabronić uczniom względnie uczenicom całowania się w usta. Starać się, aby młodzież czysto utrzymywała zęby i jamę ustną; w tym celu można zalecić kilkakrotne w ciągu dnia przepłókiwanie ust ogrzanym słabym rozczynem 3 procent kwasu borowego.

W szczególności zwraca się uwagę, co do ustępu 2, że w razie uzasadnionego podejrzenia nauczyciela o chorobę gruźliczą, należy zarządzić lekarskie zbadanie tegoż z urzędu i w razie stwierdzenia istnienia gruźlicy, wypada donieść o tem władzy przełożonej. W podobny sposób należy postąpić z uczniem o gruźlicę podejrzanym i starać się o usunięcie z zakładu w sposób, oszczędzający go jak najbardziej«.

Szczegółowa instrukcya zapewne pouczy, kto ma obowiązek, powziąwszy podejrzenie, zarządzić lekarskie zbadanie, w szczególności zaś stwierdzenie, czy w plwocinie nie znajdują się prątki Kocha. Jeśli ten obowiązek spadnie na samą władzę szkolną, to cel zamierzony nie będzie osiągnięty: dyrektywą dla gospodarza klasy będzie niezawodnie tylko kaszel, a wszystkie postacie gruźlicy, bądź utajonej, bądź rozwijającej się po za obrębem płuc, np. wrzody gruźlicze w ustach lub na skórze i t. d., zostaną przeoczone.

Niemniej szczegółowa instrukcya zapewne wskaże, w jakichto zakładach ma się odbywać badanie bakteryologiczne plwocin, gdyż poza instytutami uniwersyteckimi i po odtrąceniu niezawodnie istniejących wyjątków, ogół lekarzy gminnych, okręgowych i powiatowych nie ma czasu i możności do wyćwiczenia się w dyagnostyce bakteryologicznej; biorąc więc za podstawę obecny stan rzeczy, pomimo przyznania wielkiej doniosłości postulatom okólnika krajowej Rady szkolnej, obawiamy się, że dla braku wcześniej ustanowionych organów sanitarnych, zarządzenia Rady szkolnej w dobie dzisiejszej nie ziszczą pokładanych w nich nadziei. Do organów takich zaliczamy: instytucyę lekarzy szkolnych i obowiązkowe, przez rząd zarządzone, kursa dla lekarzy urzędowych z zakresu bakteryologii klinicznej.

Okólnik zaleca przy usuwaniu z zakładu ucznia, cierpiącego na gruźlicę, czynić to »w sposób oszczędzający ucznia jak najbardziej«. Doniosła przestroga, a ufajmy, że przez władze szkolne będzie szeroko stosowana: za Likurga wiedziano, jak pozbyć się chorowitych dzieci; atoli duch etyki chrześcijańskiej nie dopuszcza do stosowania radykalizmu społecznego, a natomiast użycza wszelkiej opieki słabym i nieszczęśliwym. Względność tem więcej jest nakazana, że gruźlica nie jest znowu tak bardzo zaraźliwa, nie jest trądem ani morem, a w dodatku nie jest ona bezwzględnie chorobą śmiertelną, przeciwnie, śmiertelność ta z roku na rok maleje; wskazane więc są jak najdalej idące ostrożności i najdoskonalsza higiena w szkole, a wydalenie ucznia z powodu gruźlicy, pozbawienie go dobrodziejstw oświaty i pożycia koleżeńskiego, niech się stanie rzadkim wyjątkiem i chyba koniecznem *malum necessarium*.

* Dziekan wydziału lekarskiego Uniw. Jagiell. rozpisał konkurs na posadę asystenta przy klinice chorób dzieci — z płacą roczną 1400 koron. Podania wnosić należy do kancelaryi wydziału lekarskiego do dnia 1 marca 1903 r.

* Znany powszechnie przypadek śmierci podczas chloroformowania, który wydarzył się niedawno we Lwowie, znalazł w orzeczeniu c. k. Prokuratoryi państwa swój epilog, którego końcowe wyniki niżej podajemy.

Podobne przypadki śmierci podczas chloroformowania mają już swoją statystykę i historyę. Nauka lekarska posiada w tej sprawie zdanie wyrobione; liczy się z tem złem, którego dziś jeszcze usunąć nie może, lecz którego małe rozmiary znikają wobec olbrzymich dobrodziejstw, ktoremi zastosowanie chloroformu w medycynie obdarza ludzkość.

Sądząc z głosów prasy o przypadku lwowskim, wnosićby należało, że nasze dziennikarstwo i społeczeństwo mają o bezpieczeństwie przy chloroformowaniu przekonanie zbyt optymistyczne. Byłoby zatem rzeczą wskazaną, ażeby krajowe towarzystwa lekarskie zabrały w tej sprawie głos i wyjaśniły ogółowi, że w dzisiejszym stanie nauki chloroformowanie nie daje absolutnego bezpieczeństwa życia, a tem samem nie może istnieć i odpowiedzialność lekarza za śmierć przy chloroformowaniu, oczywiście, jeśli sam akt chloroformowania odbył się z ścisłem zachowaniem tych wszystkich ostrożności, które nakazuje nauka i doświadczenie.

Prokuratorya państwa orzekła:

»Na mocy paragrafu 90. ustawy o postępowaniu karnem, c. k.

Prokuratorya Państwa zaniechała dalszego dochodzenia, które było wdrożone z powodu zgonu śp. pani Makuszowej.

Konkluzye obszernego orzeczenia sądowo-lekarskiego brzmią dosłownie, jak następuje:

1) Choroba śp. Makuszowej była tego rodzaju, że bezwarunkowo wymagała zabiegu operacyjnego, który jedynie mógł jej życie uratować. 2) Operacya ta wymagała bezwarunkowo uśpienia chorej. 3) Usypianie chorej chloroformem odbywało się z zachowaniem wszelkich zasad sztuki lekarskiej. 4) Śmierć śp. Makuszowej nastąpiła wśród narkozy chloroformowej i to niedługo trwającej wskutek porażenia serca osłabionego chorobą ustroju, dla której miano przedsięwziąć operacyę; ze stanowiska zaś lekarskiego nie popełniono niczego, coby do śmierci tej przyczynić się mogło, ani też nie zaniedbano niczego, aby jej możliwie zapobiedz. 5) Ratunek udzielony umierającej był zupełnie wyczerpujący wszystko to, co sztuka lekarska zdziałać może«.

* W spisie autorów, biorących udział w wydaniu »Podręcznika do nauki medycyny wewnętrznej«, wymienionych w N. 7 »Przegl. lekar.«, opuszczono nazwisko Dra Jana Prusa, profesora Uniwersytetu we Lwowie.

* Monografia kol. prof. St. Ciechanowskiego »O przeroście gruczołu krokowego« została przełożona przez Dra Greena z Nowego Yorku na język angielski.

* Sprawozdanie biura statystycznego m. Krakowa. Tydzień IV (25—31—I). Ludność średnia roczna wynosi 95.925. W tygodniu sprawozdawczym zawarto małżeństw 16, urodziło się dzieci 82, zmarło osób 53, mianowicie: z gruźlicy 14 (6 zam.), z zapalenia płuc 4 (1 zam.), z błonicy 1 (zam.), z płonicy 1, z czerwonki 1, z cholery niemowląt 5 (1 zam.).

* Między 4 a 10 lutego doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego we Lwowie 1, w Krakowie 3 i w następujących powiatach Galicyi: brzeskim (2 gm.), dobromilskim (1 gm.), drohobyckim (1 gm.), horodeńskim (1 gm.), jaworowskim (2 gm.), mościskim (2 gm.), niskim (1 gm.), podgórskim (1 gm.), przemyślańskim (1 gm.), rawskim (2 gm.), stanisławowskim (1 gm.), trembowelskim (1 gm.), złoczowskim.

Mianowania i odznaczenia. Profesorem fizyologii w Kazaniu mianowany został Dr. Kulabko. Habilitowali się w Berlinie na stopień docentów: Dr. Maksymilian Lewandowski (fizyologia) i Dr. Teodor Wasielewski (higiena). Nadzwyczajnym profesorem sądowej medycyny w Bernie mian. został Dr Hochwald.

Bibliografia.

— *Gazeta lekarska* Nr. 6. Bucelski: Cierpienia układu mózgo-rdzeniowego, poprzedzające bezwład postępujący lub z nim współistniejące. Zaduma, padaczka Jacksona i bezwład postępujący. Sieberowa: Badania i poglądy prof. Marcelego Nenckiego, tyczące się barwika krwi, oraz powinowactwa jego z chlorofilem (dok.).

— *Medycyna* Nr. 6. Rzętkowski: O wpływie silnego pocenia się na skład krwi (dok.). Behrens: Przypadek ucisku klatki piersiowej i brzucha — zbiór objawów Perthesa.

— *Nowiny lekarskie* Z. 2. Rychliński: Dwa przypadki »Meningitis circumscripta luetica« i jeden przypadek »Encephalitis diffusa«.

— *Przegląd dentystyczny* Nr. 1. Jesensky: O charakterystycznych objawach próchnicy zębów.

— *Kronika lekarska* Nr 3. Moraczewski: O jednoczesnem wydzielaniu nadmiernej ilości indykanu i szczawianów w moczu ludzkim. Niedzielski: O mięsakach sutki. Dudrewicz: Powikłania spraw ropnych ucha środkowego (c. d.).

— *Lékařské rozhledy* Nr. 2. Chvojka: O gynaekologické masáži. Jirásek: Kousnutí zmiji v těhotenství.

— *Časopis lékařů českých* Nr. 6. Hausman: Operativní léčení rakoviny děložní (c. d.). Chalupecký: Barevné slyšení (dok.). Viesner: Pathologie smichu.

— *La Presse médicale* Nr. 11. Stajonof: Pospolity sączek (drain) do ustalenia zgłębnika *à demeure*, zatkania rzyci sztucznej i mogący zastąpić kaniulę tracheotomijną. Romme: Higiena pożywienia. Zatrucie śmietaną w ciastkach cukierniczych.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 6 Senator: Mięśniowe zesztywnienie grzbietu. Helbron: O porażeniu akomodacyi. Katzenstein: Przyczynki do chirurgii zachowawczej. Davidsohn: Uwagi teoretyczne i praktyczne o miejscowem stosowaniu gorąca. Wernitz: Mor w Odesie. Prüssian: Medycyna i ziemstwa w Rosyi (dok.).

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 7. Metzenauer: Dziedziczenie kiły. Czy dziedziczenie po ojcu jest udowodnione? Kraus: Znaczenie przetoki pęcherzowo-pochwowej dla ustalenia wskazań położniczych. Lostorfer: Przypadek fibrynuryi w zapaleniu nerek. Jellinek: Zranienie od pioruna w znaczeniu klinicznem i społecznem. (dokończenie).

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 6. Lindner: Chirurgiczna interwencya w przypadkach zwężenia przełyku. Bruns: Centralna promienica szczęki dolnej. Kaufmann: Przypadek opuszkowego porażenia u dziecka. Rommel: Soxleta cukier odżywczy w terapii odżywczej chorych osesków. Mueller: Przeprowadzenie porodu przy miednicy wązkiej. Hahn: W sprawie częstości i etyologii ciąży trąbkowej. Hoesslin: Oznaczanie dotkliwości bólu skóry za pomocą algesimetru. May: Pipeta do liczenia ciałek krwi z urządzeniem automatycznem. Perthes: Gotowy do użycia opatrunek aseptyczny dla chirurgii polowej i w działalności chirurgicznej lekarza praktycznego. Wolf: Osobliwy i godny uwagi przypadek zatrucia się guzem niedokwasu węgla. Reitze: Niedrożność jelit wskutek zakrzepu żyły krezkowej. Homburger: Leczenie atropiną przypadku porażenia jelit z ich niedrożnością, powstałego w przebiegu kiłowego zapalenia opon i mózgu.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 7. Shiga: Pierwszeństwo wykrycia prątka czerwonki i surowiczego jej leczenia. Rost: Czy kwas borowy i boraks są skuteczne a nieszkodliwe dla ustroju ludzkiego? Stadelmann: Późne zmiany w mózgu po urazie czaszki (dok.). Vessely: Doświadczenia z wstrzykiwaniami spojówkowemi. Bierens de Haan: Epidemia dzięgny *(stomacace)* podczas wojny południowo-afrykańskiej.

Redakcya otrzymała. Zanietowski: Beobachtungen über den Einfluss von Alboferin auf Blutdruck Nervenerregbarkeit bei Nervenkrank. Ciechanowski: Anatomical researches on the so-called „prostatic hypertophy“ and allied processes in the bladder and kindneys. Greene i Brooks: The nature of prostatic hypertrophy.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę, d. 25. b. m. o godzinie 6-tej wieczorem, ***w sali wykładowej prof. Szajnochy***, posiedzenie nadzwyczajne, na którem kol. prof. Wachholz wyłoży rzecz: „Z historyi trucizn i otruć“.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**